Nr. 39. 27. września 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Tadeusz OSTROWSKI. Lwów.

Przyczynki do chirurgji dróg żółciowych.

W sprawie nowotworów dróg żółciowych.

Liczne prace z zakresu chirurgji dróg żółciowych stwierdzają, że sprawy nowotworowe, a zwłaszcza rak, częściej niż do niedawna przypuszczano, stanowią istotną przyczynę schorzeń dróg żółciowych. W grupie tych schorzeń najczęściej spotykamy raka pęcherzyka żółciowego, podczas gdy rak przewodów żółciowych należy do przypadków rzadszych; korzystając z okoliczności, że operowałem kilka przypadków raka przewodów żółciowych, pozwalam sobie na tem miejscu poruszyć szereg kwestyj, które nasunęły się w związku z tą sprawą.

Pierwszy przykład nowotworów dróg żółciowych to rak brodawki Vatera. Jak wiadomo, nie wszyscy autorzy zgadzają się w sprawie pierwotnego punktu wyjścia raka w okolicy brodawki Vatera. (B. V.) Rendu, Merkel uważają go za raka dwunastnicy, Durand, Fardel, Donati, Borelius za raka przewodu żółciowego *(choledochus)* Barth za raka przewodu trzustkowego, Hanot za raka wspólnego dla dwóch przewodów.

Przyczyną tych zdań podzielonych jest ta okoliczność, że nawet badania drobnowidowe nie mogą wykazać w utkaniu raka B. V. elementów histologicznych, swoistych dla wyżej wspomnianych tworów anatomicznych. Makroskopowo, jak wiadomo, rak B. V. przedstawia się rozmaicie, poczynając od płaskiego owrzodzenia w obrębie B. V., a więc ubytku tkanek, do nadmiernego wybujania, które wypukla się do światła dwunastnicy bądź to w postaci solidnego guzka, bądź też w postaci kosmkowatych wyrośli. Uważam, że te cechy mogą nam dać pewne podstawy do określenia pierwotnego punktu pochodzenia raka B. V., a mianowicie: przypadki płaskich owrzodzeń należałoby prędzej uważać za pochodzące z dwunastnicy, wystające zaś nad poziom brodawki brodawczaki, czy też solidne guzki należałoby uważać za sprawę, wychodzącą z samych przewodów żółciowych. W przypadku operowanym przezemnie rak B. V. przedstawiał się jako guzek wielkości orzecha laskowego, tkwiący do światła dwunastnicy, zbitości znacznej, obły, tak, że przy badaniu, po otwarciu jamy brzusznej, budził w pierwszej chwili podejrzenie, że to kamień ugrzązł w okolicy brodawki; badanie zgłębnikiem od strony przewodu żółciowego wykazało drożność przewodu w tem miejscu i to naprowadziło na podejrzenie nowotworu. Po otwarciu dwunastnicy okazało się, że owrzodzenie na błonie śluzowej ograniczało się tylko do powierzchni guzka w okolicy B. V., pozostała część dwunastnicy zmian nie przedstawiała, co uprawniło mnie do rozpoznania pierwotnego raka B. V.

Odnośnie do przebiegu klinicznego pozwolę sobie zwrócić uwagę na sprawę następującą. Powszechnie spotykamy twierdzenie, że przy raku B. V. występuje bardzo wcześnie żółtaczka trwała, nieustępująca; Melchior nazywa ją najwcześniejszym i najważniejszym objawem i zgadza się z Kauschem, który nazywa raka B. V. najkorzystniejszym pod względem rozpoznawczym rakiem narządów wewnętrznych, ze względu na ten trwały charakter żółtaczki. Na podstawie własnych spostrzeżeń nie mogę się na to zgodzić; drożność przewodu żółciowego była w moim przypadku zachowana, co pozwoliło mi wykluczyć do pewnego stopnia uwięźgnięcie kamienia w przewodzie żółciowym i naprowadziło na rozpoznanie raka B. V. Spotkałem podobne przypadki u Lannois i Courmonta, którzy opisali przypadek, gdzie otwór przewodu tkwiący wśród utkania nowotworu raka B. V. nietylko nie był zwężony, lecz przeciwnie wyraźnie ział i był rozszerzony; podobny przypadek opisuje Descos i Beriel, gdzie, pomimo daleko posuniętego bujania raka B. V. wzdłuż przewodu żółciowego, żółtaczki ani innych objawów zatrzymania żółci powyżej nowotworu nie było. Wśród tych innych objawów wymieniają autorzy rozszerzenie dróg żółciowych wogóle, a szczególnie rozszerzenie i powiększenie pęcherzyka żółciowego. Jak to jeszcze Courvoisier twierdził, nie bywa przy raku B. V. zgrubienia i skurczenia pęcherzyka, które to zmiany występują przy kamicy żółciowej, jako skutek wielokrotnie powtarzających się i przemijających spraw zapalnych tego narządu. Pod tym względem można zrobić pewne zastrzeżenie, a mianowicie: jak to było w moim przypadku, — i przy raku brodawki B. V. sprawy zapalne mogą występować w pęcherzyku żółciowym, powodując zgrubienie i nacieczenie jego ścian. Badanie mikroskopowe ścian pęcherzyka wyciętego w moim przypadku wykazało ślady przebytych zapaleń pod postacią drobnokomórkowych nacieków, złuszczeń przybłonka, wyścielającego jego wnętrze i rozwój w ścianie tkanki łącznej, bliznowatej, wykazującej miejscami zwyrodnienie szkliste. W związku z temi sprawami zapalnemi w przebiegu klinicznym spostrzegano przemijające podwyższenia ciepłoty, które pierwotnie brano za objaw stanów zapalnych pęcherzyka żółciowego na tle kamicy lub samoistnych i te właśnie nawroty, występujące co 3 lub 4 tygodnie pomimo leczenia, zdecydowały o potrzebie nieodzownej operacji.

Opisane zmiany zapalne w pęcherzyku żółciowym przy raku B. V. w przypadku Moriana tłumaczy Melchior jako następstwa istniejącej jednocześnie kamicy żółciowej. Mój przypadek może być dowodem, że i bez kamicy żółciowej przy raku B. V. pęcherzyk żółciowy może wykazywać zmiany zapalne o charakterze przewlekłym. Nie uważam tego zresztą za nic osobliwego, gdyż, jeżeli zapalenie pęcherzyka żółciowego wogóle może występować bez istnienia kamieni żółciowych, a takie przypadki spotykałem dość często wśród mego materjału klinicznego, tembardziej uważam za możliwe występowanie zmian zapalnych w pęcherzyku żółciowym przy raku B. V., który może utrudniać odpływ żółci, powodować jej zastój, a więc warunek sprzyjający zapaleniu pęcherzyka żółciowego. Zatrzymanie żółci i stojące w związku z niem zapalenie pęcherzyka żółciowego może mieć okresowy charakter, jak to było w moim przypadku, gdzie po okresach zaostrzenia zapalenia, występującego z nasileniem żółtaczki lub też bez niej, przychodziły okresy poprawy; ciepłota obniżała się, bóle ustępowały, żółtaczka również zmniejszała się lub ustępowała całkowicie. Ten okresowy przebieg zaostrzeń sprawy chorobowej, występujący w przebiegu raka B. V., może dać w rezultacie obraz zmian analogicznych do spotykanych przy kamicy żółciowej, a więc zgrubienie i skurczenie pęcherzyka żółciowego, powiększenie wątroby, zmiany w jej zbitości.

Jak widać z powyższych uwag, rozpoznanie różniczkowe raka B. V. może napotykać na znaczne trudności, zwłaszcza w początkowych okresach; dodać tutaj muszę, że w okresach późniejszych, kiedy rak B. V. osiągnie znaczniejsze rozmiary, wpływ mechaniczny na drożność przewodu żółciowego straci swój charakter okresowy i żółtaczka wystąpi w postaci zdecydowanej, o charakterze stałym, względnie postępującym. Przy zjawieniu się objawów charłactwa rozpoznanie sprawy nowotworowej będzie łatwem, znaczenia jednak praktycznego nie będzie to miało, gdyż doszczętna operacja będzie w tych warunkach najczęściej niemożliwa z powodu zbyt daleko idącego rozgałęzienia raka.

Uwzględniając powyższe uwagi odnośnie do przebiegu klinicznego raka B. V. dojść należy do wniosku, że w początkowych okresach, a więc wtedy, kiedy możliwość doszczętnej operacji jest najwięcej prawdopodobna, możemy nie spotykać charakterystycznych cech dla odróżnienia raka B. V. od sprawy zapalnej o charakterze przewlekłym, dotyczącej pęcherzyka żółciowego w związku z kamicą żółciową lub bez niej. Rak B. V. może dawać typowy obraz kliniczny *cholecystitis chronica exacerbans*. Dopiero *autopsia in vivo* umożliwia rozpoznanie wczesne i to jak w naszym przypadku z pewnemi trudnościami.

Czy wczesne rozpoznanie ma w przypadkach raka B. V. doniosłe znaczenie dla sprawy leczenia tego cierpienia? Jak dotąd mamy bardzo skąpe statystyki zabiegów doszczętnych, wykonywanych w przypadkach raka B. V. Sprawa chorobowa posuwa się zwykle szybko, obejmuje okolice, — występują nacieki w sąsiednich narządach; znane są przypadki gdzie śmierć nastąpiła po upływie 8-miu tygodni od zjawienia się pierwszych objawów klinicznych; naogół sprawa trwa dłużej. Statystyka doszczętnie operowanych wynosi wedle Melchiora 20 przypadków, z tego 50% umarło, w 4-ch przypadkach po operacji szybka odnowa, zaledwie w 6-ciu przypadkach wyniki po operacjach dobre. Okazuje się, że te nieliczne dobre wyniki operacyjnego leczenia raka B. V. dotyczyły przypadków operowanych wcześnie, gdzie zabieg ograniczał się do wycięcia brodawki wraz z otoczeniem; niepomyślne zejścia operacji odnoszą się głównie do tych przypadków, gdzie potrzeba było wykonać poprzeczne wycięcie dwunastnicy wraz z B. V. Jak wiadomo, mamy dwa główne typy operacji dla raka B. V.: 1) Cotta, Kauscha i Kehra — poprzeczne wycięcie dwunastnicy, 2) śródkiszkowe wycięcie nowotworu. Pierwszy typ operacji, w której wykonać należy poprzeczne wycięcie części dwu-

nastnicy, wymaga zespolenia kiszek z żołądkiem, z trzustką i zespolenia pomiędzy pętlami kiszek i pęcherzykiem żółciowym, a więc cztery zespolenia, — okazuje się technicznie bardzo ciężkim i dla chorego zbyt wyczerpującym; potwierdza to statystyka, gdyż śmiertelność bezpośrednia pooperacyjna jest bardzo znaczna; oprócz tych technicznych trudności złe wyniki po tym typie operacji zależały niewątpliwie od tego, że stosowano go w przypadkach dalej posuniętych u chorych więcej wyniszczonych. Typ drugi operacji daje wyniki bez porównania lepsze i stwarza warunki daleko więcej zbliżone do prawidłowych, technicznie będąc łatwym i prostym. Przy stwierdzonych zmianach w woreczku, do właściwego zabiegu na B. V. dodajemy wycięcie pęcherzyka, cholecystektomję, wycięcie zaś nowotworu B. V. odbywa się śródkiszkowo: po uruchomieniu dwunastnicy sposobem Kocher-Vautrina, nacinamy ścianę wzdłuż naprzeciwko guzka, po usunięciu jego wraz z otaczającą śluzówką zdrową, wsuwamy dren gumowy do pozostałej części przewodu żółciowego w kierunku *ductus hepaticus*, drugi koniec drenu wprowadzamy do światła dwunastnicy; przewód trzustkowy wszywamy do dwunastnicy. Wynik w moim przypadku był pod każdym względem dobry, rana doraźnie zagoiła się, po upływie 6-ciu miesięcy chora zgłosiła się do kontroli bez żadnych skarg, na wadze przybrała 14 kg. Badanie mikroskopowe guzka wykonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniwersytetu J. K. wykazało: *Carcinoma gelatinosum*.

Wnioski.

1) Obraz makroskopowy raka B. V. może ułatwiać nam właściwe rozpoznanie.

2) Rak B. V. w okresach wczesnych może występować wśród objawów klinicznych, całkowicie naśladujących zapalenia pęcherzyka żółciowego z obostrzeniami, z przemijającą żółtaczką, przemijającemi wzniesieniami ciepłoty, atakami kolki wątrobowej.

3) Jeszcze w czasie operacji obraz raka B. V. może przypominać przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego, które może faktycznie mu towarzyszyć.

4) Tylko wczesne operacje raka B. V. mają szanse powodzenia.

5) *Excisio transduodenalis* daje wyniki bezpośrednie, a także trwałe, lepsze, aniżeli operacja typu Cotta Kauscha, pomijając bowiem mniejsze obrażenie i uraz operacyjny stwarza warunki anatomiczno-topograficzne zbliżone do prawidłowych.

Drugą grupę nowotworów dróg żółciowych stanowią raki przewodu żółciowego wspólnego *(d. choledochus)* w jego części obwodowej. W tych przypadkach nie zawsze możemy być pewni rozpoznania ścisłego, a to dlatego, że klinicznie nie zawsze można odróżnić nowotwór w obrębie głowy trzustki od jej zapalenia przewlekłego, bez badania drobnowidowego. W tych przypadkach, gdy guz w okolicy głowy trzustki nie da się usunąć, a więc gdzie ścisłe rozpoznanie nie jest możliwem, stosujemy zespolenie między drogami żółciowemi a przewodem pokarmowym, — żołądkiem lub dwunastnicą. Nad temi przypadkami nie zatrzymuję się dłużej. Sprawa jest jasna; tam gdzie mamy do czynienia z nowotworem złośliwym, operacja zespolenia daje polepszenie iluzoryczne, przemijające; w przypadkach przewlekłego zapalenia trzustki, dającego obraz guza warunkującego niedrożność przewodu żółciowego, zespolenie daje nieraz poprawę stałą.

W przypadkach nowotworów w obrębie głowy trzustki, nadających się do leczenia na drodze operacyjnej doszczętnej znaną jest metoda operacyjna zalecana przez Sauve, Desjardinsa, opisana na jednym z naszych Zjazdów Chirurgów przez Nowakowskiego. Operacja ta, pomimo racjonalnego swego założenia, w praktyce daje kolosalną śmiertelność bezpośrednią. Melchior nie przytacza ani jednego przypadku wyleczenia trwałego. Zabieg ten, jak wiadomo, wymaga wielokrotnych zespoleń 1) pomiędzy pęcherzykiem żółciowym a jelitem, 2) między żołądkiem a jelitem, 3) jelitem a trzustką, 4) między dwoma pętlami jelita; wycięcie poprzeczne dwunastnicy i trzustki wymaga podwiązania *art. pancreatico-duodenalis, art. pylorica, art. gastro-duodenalis* i gałązki *art. splenica*. W konsekwencji tego ten typ operacji ma narazie wartość jedynie teoretyczną.

W przypadku operowanym przeze mnie plan postępowania był następujący: po stwierdzeniu, że powodem zatrzymania żółci w drogach żółciowych i pęcherzyku, który zawierał około pół litra płynu, nie są kamienie, lecz guz w obrębie głowy trzustki, opróżniłem przez nakłucie pęcherzyk; po uruchomieniu dwunastnicy, odsłoniłem głowę trzustki, która pozostawała w ścisłym związku z obwodowym końcem przewodu żółciowego *(d. choledochus)* i dwunastnicą. Przewód żółciowy został odcięty, do *ductus hepaticus* założono sączek, głowę trzustki wraz z końcem *d. choledochus* odcięto od pozostałej części trzustki, na przekroju widoczny był przewód trzustki *(d. Wirsungianus)*. Następnie wycięto w dwunastnicy okno na tylnej jej ścianie, w miejscu odpowiadającem przyrośniętej głowie trzustki obejmującej wraz z nowotworem dolny odcinek *d. choledochus;* w otwór ten wielkości dwuzłotówki wprowadzono dren, łączący *d. hepaticus* i wszyto całym poprzecznym przekrojem pozostałą trzustkę jednym rzędem szwów; w ten sposób oba przewody t. j. *d. hepaticus* i *d.Wirsungianus* znalazły się w połączeniu z dwunastnicą. Zdając sobie sprawę z niewystarczalności jednego rzędu szwów, zespalających przeciętą trzustkę z dwunastnicą, a więc narażonych na działanie soku trzustkowego, dla ochrony i wzmocnienia tych szwów zużyłem kolosalny, bo mieszczący około pół litra żółci, worek żółciowy, doszczętnie opróżniony; worek ten przedstawiał się jak fartuch zwisający z pod wątroby. Tym naturalnym fartuchem obszyłem dwunastnicę, pokrywając nim również dren łączący *d. hepaticus* z dwunastnicą; w ten sposób całe pole operacyjne na miejscu zrekonstruowanego połączenia dróg żółciowych, trzustki i dwunastnicy zostało osłonięte jak namiotem woreczkiem żółciowym. W kierunku do otworu sieciowego *(foramen Winslowi)*, a więc do miejsca gdzie mogła nagromadzać się krew, wprowadziłem pasemko gazy, poza tem ranę operacyjną w powłokach zaszyłem w zupełności. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Po usunięciu gazy, rana zagoiła się całkowicie, żółtaczka wkrótce ustąpiła, chora opuściła szpital w dobrym stanie. Badanie mikroskopowe wyciętego guza, wychodzącego z dolnego odcinka *d. choledochus* wykazało raka gruczołowatego *(Adenocarcinoma)*.

Przytoczony przykład raka przewodu żółciowego daje nam podstawę do pewnych wniosków, a więc: co się tyczy objawów klinicznych, to na pierwszy plan wybija się żółtaczka stale narastająca, bez podniesienia ciepłoty, powiększony wybitnie woreczek żółciowy bez kolki i innych objawów zapalnych; teoretycznie są możliwe objawy zapalne przy zastoju żółci, lecz jak to statystyka Kehra, obejmująca jego własnych 20 przypadków, wykazuje, należą one do rzadkości. Rozpoznanie przed operacją ograniczało się zaledwie do stwierdzenia przeszkody mechanicznej w drogach żółciowych poniżej odejścia przewodu pęcherzykowego *(d. cysticus)*. Charakter żółtaczki — pomału, ale za to stale potęgującej się bez ataków, mógł nasuwać podejrzenie nowotworu. Leczenie polegało na usunięciu guza, obejmującego obwodowy odcinek przewodu żółciowego wraz z częścią trzustki; należało uzyskać nowe połączenie dróg żółciowych i trzustki z przewodem pokarmowym. Ubytek w dwunastnicy nadawał się znakomicie do wszczepienia do niego trzustki, odpływ zaś żółci do dwunastnicy lub żołądka można było uzyskać przez połączenie pęcherzyka żółciowego z temi narządami. Wybrałem inną drogę — a mianowicie, opierając się na dobrych wynikach t. zw. wewnętrznego sączkowania dróg żółciowych *(innere Drainage)*, zalecanego u nas przez Schramma, Zawadzkiego i innych, zastosowałem, w wyżej podanym przypadku zespolenie górnych dróg żółciowych z dwunastnicą przy pomocy drenu gumowego, a pozostawiony pęcherzyk żółciowy, w danym wypadku kolosalnych rozmiarów, został użyty do osłony plastycznej nowowytworzonych połączeń trzustki i dróg żółciowych z przewodem pokarmowym. To praktyczne zastosowanie zmienionego nawet woreczka żółciowego należy zawsze mieć na uwadze i w przypadkach operacji na drogach żółciowych nie zawcześnie zaczynać cholecystektomję, gdyż woreczek może przydać się bądź to do zespolenia, bądź też do pokrycia plastycznego nowowytworzonych zespoleń, na podobieństwo tego, jak nieraz pokrywamy szwy zespoleń siecią; woreczek znacznie powiększony znakomicie nadaje się do takiego celu.

Trzecią grupę nowotworów dróg żółciowych stanowią raki przewodu pęcherzykowego i wątrobowego; teoretycznie możnaby rozpatrywać tu dwie grupy osobno, wedle danych anatomicznych, w praktyce jednak przewód pęcherzykowy jest tak bliskim sąsiadem przewodu wątrobowego, że nowotwory tych dwóch przewodów trudno rozgraniczyć; guz przewodu pęcherzykowego bardzo szybko przechodzi na prz. wątrobowy, dając t. zw. *Konfluenzcarcinoma* (Kehr). Przypadek taki operowałem, rozpoznanie możliwem było dopiero w czasie zabiegu. Klinicznie przedstawiał się on jako zapalenie woreczka żółciowego, a więc liczne ataki bólu, powiększenie woreczka żółciowego bez żółtaczki, z podwyżkami ciepłoty. Przy operacji znaleziono wielki worek żółciowy w zrostach z kamieniami i ropną treścią płynną; w miejscu połączenia przewodu pęcherzykowego i wątrobowego stwierdzono guz, zamykający światło przewodu pęcherzykowego, nie tamujący jednak odpływu żółci do dwunastnicy. Wobec tego nie było żadnych danych do klinicznego rozpoznania, a nawet podejrzywania nowotworowej natury cierpienia przed operacją. Zabieg polegał na usunięciu pęcherzyka żółciowego wraz z prz. pęcherzykowym i częściowem wycięciu poprzecznem prz. wątrobowego: leżące wzdłuż żyły wrotnej gruczoły chłonne również usunięto. Dośrodkowy odcinek *d. hepaticus* połączono z *d. choledochus* sączkiem gumowym, który poprowadzono przez B. V. aż do dwunastnicy; część drenu, przebiegającą pomiędzy *hepaticus*

i *choledochus* obszyto luźną tkanką i siecią. Przebieg operacyjny bez powikłań. Badanie mikroskopowe wykazało raka gruczołowatego.

Przypadek ten nasuwa pewne uwagi, a więc co do patogenezy: tak często omawiana sprawa współzależności nowotworów dróg żółciowych i kamieni żółciowych znajduje tu pewne oświetlenie. Odnośnie do raka przewodów pęcherzykowego i wątrobowego to, jakkolwiek w naszym przypadku były kamienie w woreczku żółciowym, w obrębie *d. cysticus* i *hepaticus* kamieni nie znaleziono; zgadza się to z zestawieniem innych autorów n. p. Zesas, na 34 przypadki raka przewodu wątrobowego, tylko w czterech znalazł kamienie; trafnie zauważa Kehr, że należy uwzględniać tę okoliczność, że w 10% wszystkich sekcyj u dorosłych spotykamy kamienie żółciowe, a Zesas również blisko w 10% swoich przypadków raka przewodu wątrobowego spotkał kamienie, czyli że niema podstaw w tem zestawieniu do stwierdzenia współzależności raka dróg żółciowych i kamicy żółciowej.

Odnośnie do objawów klinicznych, to jak wyżej wspomniałem, w naszym przypadku rak niczem nie zdradzał swej obecności — obraz zwykłej kamicy pęcherzyka żółciowego bez niedrożności przewodu wątrobowego i żółciowego wspólnego. Spodziewać się należało, że przy dalszem bujaniu nowotworu przewodu wątrobowego żółtaczka wreszcie wystąpiłaby, chociaż nie bezwarunkowo, wiemy bowiem, że nie zależy ona wyłącznie od niedrożności. Wyczekiwanie żółtaczki jako objawu dla bezwarunkowego wskazania do operacji dałoby wynik fatalny — operacja doszczętna byłaby spóźniona; w naszym przypadku w sąsiedztwie żyły wrotnej nacieczone gruczoły chłonne były ciężkiem powikłaniem, nierokującem dobrego wyniku.

Zastosowanie w naszym przypadku zespolenia przewodu wątrobowego i żółciowego wspólnego zapomocą drenu gumowego t. zw. „*innere Drainage*" albo *Tubage* lub *Rohrdrainage* (Kehr) dało wynik, bezpośrednio po operacji, dobry. Jak wiemy sposób ten zalecany przez Verhoogena, Jenckela, Wilmsa ma wielu zwolenników jak n. p. Hofmeistra, Duvala, Schramma, Steindla, Zawadzkiego i innych. Spotkał się on jednak z pewnemi zastrzeżeniami n. p. Schnitzler opisuje dwa przypadki, jeden zakończony śmiercią, gdzie dren powodował zaburzenia ze strony trzustki, uciskając na przewód trzustkowy. Finsterer obawia się powstawania dookoła drenu inkrustacyj, mogących warunkować powstanie kamieni i przytacza, ilustrujący to zastrzeżenie, przypadek Fründa, gdzie po upływie dwóch lat od chwili założenia drenu do przewodu żółciowego wspólnego wobec ataków ciepłoty z dreszczami i żółtaczką wykonaną relaparotomja wykazała dren, grubo inkrustowany osadem żółci. W naszym przypadku wynik bezpośredni był dobry, o dalszych losach chorej brak wiadomości: nie przesądzając tej sprawy należy podnieść trafność uwag Schnitzlera i Finsterera, jako też pomysłowy projekt Waltzla używania rurek, ulegających zczasem wessaniu; wobec tego za racjonalny sposób należy uważać zespolenie dróg żółciowych bezpośrednie; łączenie zaś drenem będzie wskazanem w ostateczności, jak mówi Kehr jako „*Nothbehelf*". Dla zastosowania zespolenia bezpośredniego wymagane są odpowiednie warunki — a więc niezbyt wielki ubytek — innemi słowy, wczesny okres choroby i niezbyt daleko posunięte zmiany w drogach żółciowych.

Streszczając wywody powyższe na podstawie podanych przypadków raka dróg żółciowych mogę zauważyć:

1. Rak dróg żółciowych nie jest chorobą zbyt rzadką.
2. Klinicznie bardzo często brak wszelkich objawów różniczkowych dla rozpoznania raka dróg żółciowych w odróżnieniu od kamicy żółciowej lub zapalenia woreczka żółciowego, które to cierpienia mogą występować jednocześnie z rakiem dróg żółciowych.
3. Leczenie raka dróg żółciowych może być doszczętnem na drodze operacyjnej tylko we wczesnych okresach cierpienia.
4. Wobec trudności rozpoznawczej nie należy zwlekać, celem uzyskania rozpoznawczych objawów raka, natomiast, zgodnie z zasadami leczenia kamicy żółciowej, każdy przypadek z objawami przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego należy operować, gdyż możliwość raka dróg żółciowych należy częściej brać pod uwagę.
5. Celem wyrównania ubytku po operacjach doszczętnych raka dróg żółciowych, najlepiej jest stosować zespolenie bezpośrednie; w wypadkach zbyt wielkich ubytków można stosować z powodzeniem wypełnienie ubytków rurkami gumowemi (*innere Drainage*) przyczem woreczek żółciowy znakomicie nadaje się do okrywania tych ubytków, jako też miejsc zespoleń.

Piśmiennictwo:

Beriel: Zentr. f. innere Medizin 1900, Nr. 38. — Borelius: Bruns Beitr. 61, 1909. — Courmont: Mem. et comptes rendus de la soc. de Lyon 1893/94. — Donati: Hildebr. Jahresbericht 1903. — Durant-Fardel: Arch. gen. de med. 3. — Descos: Zentr. f. inn. Medizin 1900, Nr. 38. — Duval: Journal d. Chir. 26. — Finsterer: Arch. f. klin. Chir. 156. — Jenckel: Deutsche Zeit. f. Chir. 96. — Hanot: Arch. gen. de med. 1896. — Kausch: Bruns Beitr. 78. — Kehr: Ergebn. der Chir. u. Orthoped. 8. — Lannois: Rev. de Med. 1894. — Melchior: Chirurgie de Duodenum 1817. — Morian: Zentr. f. Chir. 1908, Nr. 48. — Schramm: Zentralblatt f. Chir. 1924. — Schnitzler: wedle Finsterera. — Stein: Zentr. f. Chir. 1924. — Zesas: Zeitschr. f. klin. Mediz. 69. — Zawadzki: Bullet et Mem. de Soc. de Chir. Paris.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. M. WILENKO i Dr. D. WOLBERGER. Chełm.

Szpiczak mnogi (*Myeloma multiplex*[1]).

Opis przypadku.

S. H. krawiec lat 49. Wywiad rodzinny: rodzice zmarli w podeszłym wieku z nieznanych choremu przyczyn. Żona kilkakrotnie roniła, przedtem i potem miała dzieci zdrowe; troje dzieci żyje zdrowych, jedna dziewczynka zmarła w ósmym roku życia na popłonicze zapalenie nerek.

Wywiad osobisty: z wyjątkiem przebytego w roku 1919 duru wysypkowego był zawsze zdrowy. Przed dwoma laty wystąpiły bóle ciągnące w całej lewej kończynie dolnej, trwające przez dwa tygodnie. Od tego czasu chory aż do wiosny 1930 nie miał żadnych dolegliwości i, czując się zdrowym, oddawał się swym normalnym zajęciom zawodowym. W tym to czasie zaczął skarżyć się na początkowo wędrujące bóle kości klatki piersiowej i czaszki. Bóle z czasem potęgowały się tak dalece, że, kiedy schylał się przy pracy, z trudnością mógł się później wyprostować. Z czasem bóle tułowia przybierały charakter bólu opasującego cały tułów. Wówczas nie były one zbyt wielkie, i przy złej, wilgotnej pogodzie nasilenie bólów było większe, ale bardziej stałe; wykazywały one też zależność od pogody W późnych miesiącach wiosny 1930 zauważył chory u siebie na obojczyku lewym guzek, który przy ucisku go bolał i który potrochę utrudniał ruchy lewej kończyny górnej; w tym czasie skarżył się chory na ogólne osłabienie, upadek sił i rzekome schudnięcie mimo dobrego łaknienia. Z temi skargami zgłosił się do jednego z nas (Wi) chory poraz pierwszy 28. VI. 1930. Stwierdzono wówczas ograniczone, kostne zgrubienie na lewym obojczyku wielkości prawie jaja gołębiego w pobliżu stawu obojczykowo-mostkowego, miernie bolesne na ucisk, nadto niedokrewność miernego stopnia i szmery czynnościowe nad sercem. Podejrzywając w pierwszej chwili trzeciorzędne zmiany kiłowe ze względu na umiejscowienie cierpienia i ze względu na pewne w tym kierunku wskazówki wywiadów rodzinnych, zalecono szary przylepiec na guz, picie jodu i zgłoszenie się po dwóch tygodniach. Wobec braku jakiejkolwiek poprawy po dwóch tygodniach zrodziło się przypuszczenie specjalnego cierpienia kostnego i wobec tego przesłany został chory do rentgenologa (Wo) dla dokonania zdjęć kości czaszki i tpołowia. Chory nie zastosował się do mych wskazówek i zgłosił się ponownie dopiero z końcem lutego 1931. Dodatkowe wywiady wykazały, że chory w ciągu tych kilku miesięcy odwiedzał wielu lekarzy miejscowych, którzy mieli podobno stwierdzić cierpienie sercowe, w końcu wyjechał do szpitala do Warszawy, tam był rzekomo wielokrotnie prześwietlany i po kilkutygodniowym pobycie tamże wrócił do domu. Stale leży w łóżku, skarży się obecnie na ogromny upadek sił, tak, że ledwie może na krótki czas się podnieść. Bolesność kości, jak uprzednio. Od czasu do czasu nudności i obfite wymioty trwające 1 do 2 dni bez boleści żołądkowych, poczem znowu poprawa i dobre łaknienie. Rodzaj pokarmu nie wpływa ani na nudności, ani na wymioty. Wypróżnienie normalne. Na zaburzenia ze strony moczu nie skarży się. Bólów głowy nie ma.

Badanie przedmiotowe dnia 28. II. 1931. Mężczyzna wysoki 158 cm, ciężaru przeszło 52 kg, robi wrażenie chorego.

---

[1]) Według odczytu w związku lekarzy P. P. obwód Chełm sekcja naukowa w dniu 19. V. 1931 roku.

bardzo zmęczonego człowieka. Ciepłota ciała prawidłowa (36,4°). Tkanka tłuszczowa, jako też mięsna, w znacznym stopniu zanikła. Skóra i widoczne błony śluzowe są bardzo blade bez odcienia żółtaczkowego. Wybroczyn ani na skórze, ani na błonach śluzowych nie stwierdza się. Język bez widocznych zmian zanikowych. Uzębienie wykazuje liczne braki, dziąsła są nieco rozpulchnione. Tarczyca jest niepowiększona. Czaszka prawidłowej wielkości, nie wykazuje nigdzie nierówności w postaci wypukleń lub wklęśnięć, tylko w okolicy kości potylicznej wykazuje większą tkliwość na opukiwanie i ucisk. Przy opukiwaniu czaszka daje wszędzie odgłos wypukowy stłumiony, nigdzie bębenkowy (objaw Schlesingera ujemny). W zakresie nerwów mózgowych zmian nie stwierdza się. Źrenice równe, miernie szerokie, oddziaływują szybko na światło i akomodację. Żadnych zaburzeń ze strony czucia. Gruczoły chłonne nigdzie nie są powiększone. Klatka piersiowa jest dobrze wysklepiona; w gruczołach sutkowych nie wyczuwa się chorobowych zmian, nie wykazuje się również żadnych zniekształceń tułowia, miednicy i kończyn. Na lewym obojczyku, tuż przy mostku, wyczuwa się ograniczone zgrubienie wielkości jaja gołębiego o twardej spoistości, niedające się od kości oddzielić, miernie bolesne na ucisk i na opukiwanie, skóra nad nim jest przesuwalna, niezrośnięta ze zgrubieniem. Na V-tem prawem żebrze, na granicy chrząstki i kości, znajduje się ograniczona wyniosłość kostna kształtu podłużnego dł. 6 cm, o tych samych własnościach, jak uprzednio opisana wypukłość. Na VI, VIII i IX żebrze po stronie lewej, w odległości szerokości dłoni od kręgosłupa, wyczuwa się również poszczególne, ograniczone okrągławe zgrubienia dochodzące do wielkości orzecha laskowego o własnościach jak uprzednio; podobną zmianę kostną wykazuje się na siódmem lewem żebrze nieco bliżej ku przodowi. Przy ucisku obu naciekłych części kości nie wyczuwa się pergaminowego trzeszczenia (objaw Assmana). Poza tem stwierdza się bardzo silną bolesność opukową i uciskową wyrostka mieczykowatego mostka, wszystkich żeber na całej długości po stronie lewej, pierwszych sześciu kręgów piersiowych zwłaszcza V i VI, uda prawego na granicy górnej i średniej trzeciej części, wszędzie bez widocznych, wyczuwalnych zmian. Inne kości długie i płaskie nie wykazują ani tkliwości uciskowej ani widocznych zmian. W płucach objawy lekkiego nieżytu. Serce w granicach prawidłowych; nad wszystkiemi miejscami osłuchowemi stwierdza się miękki szmer skurczowy, drugie tony nie są zaakcentowane. Tętno jest słabo napięte, rytmiczne, dochodzi do stu uderzeń na minutę. Śledziona jest wypukowo niepowiększona, niemacalna. Wątroba wypukowo sięga do łuku żebrowego, okolica wątroby tkliwa przy ucisku. W okolicy żołądka, jako też w reszcie jamy brzusznej, nie wyczuwa się żadnych zmian. Przy badaniu przez kiszkę stolcową wyczuwa się niebolesny sterez o prawidłowej wielkości, odpowiedniej spoistości, oba płaty równo wielkie bez żadnych wyniosłości lub guzowatości. Wypróżnienie codzienne samoistne bez dolegliwości o wyglądzie normalnym. Oddawanie moczu bez trudności. Odruchy ścięgniste podwyższone, patologicznych odruchów brak (Babiński, Oppenheim, Rossolimo). Zaburzeń w czuciu, jakoteż osłabienia siły ruchowej kończyn nie stwierdza się.

B a d a n i e m o c z u: białko Bence-Jones'a w bardzo dużej ilości, zresztą ani chemicznie, ani mikroskopowo zmian nie wykazano. Kilkakrotne badanie moczu w ciągu trzech tygodni wykazywało zawsze obfitą obecność białka Bence-Jones'a przy braku białka surowicy krwi (albuminy, globuliny) lub innych składników patologicznych.

B a d a n i e k r w i, wykonane dnia 10. III. 1931 naczczo. (Dr. Z a b ł u d o w s k a).

1) Ilość czerwonych ciałek 1,885.000. 2) Hemoglobina (Sahli) 35%. 3) Wskaźnik hemoglobiny 0,93, ciałka czerwone w preparatach barwionych wykazują nieznaczną pojkilocytozę i anizocytozę, słabsze zabarwienie pojedyńczych krwinek, trzy normoblasty i jeden megaloblast na trzy przejrzane preparaty. 4) Ilość ciałek białych 8.000 w jednym mm³. Stosunek ciałek białych: a) myeloblastów 1,5%, b) myelocytów 1,5%, c) leukocytów obojętnochłonnych 54% w tem pałeczkowatych 8%, segmentowanych 46%, d) zasadochłonnych brak, e) kwasochłonnych 1%, f) monocytów i przejściowych 6%, g) limfocytów małych 27%, h) limfocytów średnich 5%, i) komórek plazmatycznych 4%.

Badanie krwi dnia 30. III. 1931 (Dzień przed śmiercią). 1) Czerwonych ciałek 1,235.000. 2) Hemoglobiny 30%. 3) Wskaźnik hemoglobiny 1,21. Czerwone ciałka w preparatach barwionych wykazują znaczną anizocytozę i pojkilocytozę, 1 normoblast w dwóch preparatach. 4) Ilość ciałek białych 12.800 w 1 mm³. 5) Stosunek ciałek białych: a) myelocytów 1%, b) leukocytów obojętnochłonnych pałeczkowatych 15%, c) l. o. segmentowanych 56%, d) zasadochłonnych 0,5%, e) kwasochłonnych 0,5%, f) limfocytów 16%, g) monocytów i przejściowych 11%, h) plazmatycznych brak.

Ze względu na sprzeciw chorego i jego ogólne osłabienie nie można było dokonać badania treści żołądkowej naczczo i po śniadaniu próbnem, natomiast zbadano wymiociny, których rozbiór dał następujący wynik (Dr. Z a b ł u d o w s k a): Treść wodnisto-śluzowa, barwy kremowo-żółtej, kwasota ogólna 44° równa się 0,16%, HCl wolny nieobecny, HCl związany 8° = 0,029%. Odczyn benzydynowy na krew ujemny, odczyn na kwas mlekowy słabo dodatni.

B a d a n i e m i k r o s k o p o w e: treść badana mikroskopowo składa się z nielicznych nabłonków, licznych kulek tłuszczowych różnej wielkości, nielicznych ziaren skrobji, bardzo licznych drożdży i długich bakteryj (Opler-Boas).

B a d a n i e r e n t g e n o l o g i c z n e: zdjęcie klatki piersiowej wykazuje liczne ogniska wyjaśnienia, rozsiane prawie po wszystkich żebrach. Ogniska mają kształt okrągły lub owalny, są różnej wielkości, dochodzą nieraz do wielkości orzecha włoskiego (IX żebro po stronie lewej), nie wykazują tendencji do zlewania się i nie przekraczają też nigdzie obrębu istoty korowej. Żebra wyglądają jakby przedziurawione. Naogół jest brak odczynów ze strony tkanki kostnej, może nieznaczne tylko w obrębie większych ognisk. Obraz żeber przypomina drewno stoczone przez czerwie. Poza żebrami stwierdza się podobne ogniska w niektórych górnych kręgach piersiowych i w lewym talerzu biodrowym. Zdjęcie rentgenologiczne żołądka nie wykazuje widocznych zmian.

P r z e b i e g c h o r o b y: 15. III. W obrębie układu kostnego żadnych nowych zgrubień nie stwierdza się.

20. III. Chory od dwóch dni wymiotuje po każdym przyjęciu pokarmów, wśród nudności, bez boleści żołądkowych; znaczne osłabienie wzrastające z dnia na dzień; tętno słabo wyczuwalne, 110 uderzeń na minutę, chory stale na środkach nasercowych.

27. III. Wymioty nie ustępują, coraz bardziej postępujące osłabienie serca i ogólne wyczerpanie. Ciepłota prawidłowa.

31. III. *Exitus*.

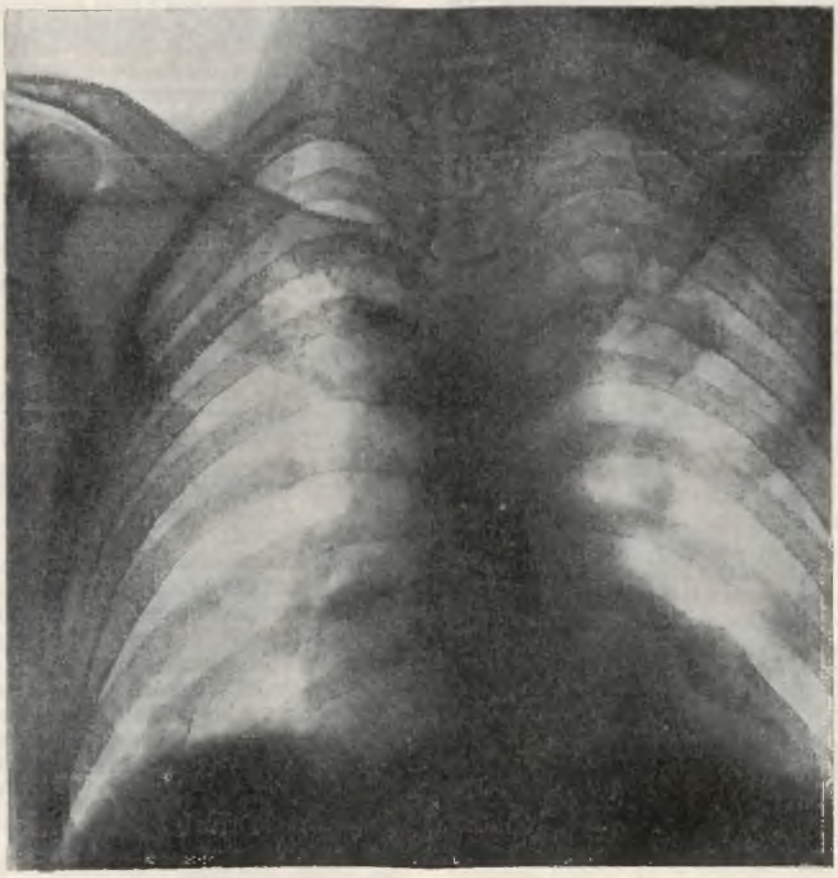
W przypadku opisanym rozpoznaliśmy szpiczaka mnogiego ***(myeloma multiplex) = morbus Kahleri*** = zbiór objawów Kahlera, zdając sobie jednak sprawę, że przy braku wyniku sekcyjnego badania nie mamy bezwzględnej pewności i nie potrafimy usunąć wszelkich rozpoznawczych zastrzeżeń. Słusznie też zaznaczają niektórzy autorzy, że przy wyłącznie klinicznej obserwacji rozpoznanie winno brzmieć „mnogie nowotwory szpiku kostnego", gdyż, według H i r s c h f e l d a, mięsak szpiku kostnego daje ten sam obraz kliniczny, a również następowe przerzuty kostne z pierwotnego nowotworu złośliwego bardzo małego i umiejscowionego niekiedy w miejscu niedostępnem klinicznemu badaniu, nie zawsze dają się wykluczyć.

Zanim uzasadnimy nasze rozpoznanie kliniczne, pozwolimy sobie w krótkości przedstawić istotę tego cierpienia, jego kliniczny przebieg, zmiany anatomo-patologiczne i histologiczne i stosunek tego cierpienia do chorób narządów krwiotwórczych z jednej strony i do nowotworów z drugiej.

Przez szpiczaka rozumiemy ograniczone, rzadziej rozlane twory lub nowotwory — nie przesądzając jednak tą nazwą ich przynależności nowotworowej — w szpiku kostnym, które składają się z komórek narządów krwiotwórczych. Powstają więc szpiczaki przez samoistne bujania komórek szpiku kostnego. Te rzadkie twory występują pierwotnie równocześnie przedewszystkiem w żebrach, kręgach i kościach czaszki, rzadziej w kościach długich, są one różnej wielkości, biało-żółte lub brunatnawe, przetkane nieraz wybroczynami i martwiczemi ogniskami; często te twory nie ograniczają się do szpiku kostnego, lecz śladem prawdziwych złośliwych nowotworów niszczą tkankę kostną i wychodząc pod okostną, przebijają ją, rozprzestrzeniając się rozlewnie w tkankę otaczającą.

Szpik kostny naokoło guzów zwykle jest czerwony. Szpiczaki rzadziej dają rzekome przerzuty do innych narządów, jak wątroba, nerki, tarczyca, jajniki, śledziona, jądra, gruczoły, migdałki. Budowa histologiczna tych tworów nie jest jednolita, stwierdza się histologicznie włóknistą tkankę podstawową, w której rozsiane są komórki krwiotwórcze, przyczem rzadziej są reprezentowane wszystkie gatunki komórek szpiku kostnego, dając t. z. mieszano-komórkowe formy szpiczaków, częściej zaś stwierdza się przewagę pewnego gatunku komórek szpikowych. Zależnie więc od wyłączności lub przewagi pewnego gatunku komórek, stwierdzamy histologicznie szpiczaki limfocytarne, myelocytowe, myeloblastyczne, plazmatyczne, przyczem we krwi obwodowej niekiedy wykazać możemy komórki plazmatyczne, jakto opisali A s c h o f f, G l u z i ń s k i i R e i c h e n s t e i n lub erytroblastyczne szpiczaki zwane inaczej erytroblastomatami,

przyczem nie składają się one wyłącznie z czerwonych ciałek jądrzastych krwi, lecz tworzą tylko pojedyńcze wyspy z tych tworów złożone. Nadmienić wypada, że w niektórych wypadkach, gdzie zarówno obraz kliniczny, jak i makroskopowy anatomo-patologiczny przemawiają za szpiczakiem, stwierdza się, że guzy histologicznie składają się z komórek mięsakowatych okrągłych lub wrzecionowatych. W tych razach mamy więc do czynienia z ogniskami mięsakowatemi w szpiku kostnym. Klinicznie odróżnić te dwa obrazy — *myeloma* i *sarcoma* szpiku kostnego — nie podobna, jakto uprzednio już zaznaczyliśmy. Szpiczaki bez względu na ich przynależność gatunkową występują zwykle mnogo, rzadziej w jednem miejscu, mówimy wówczas o szpiczaku samotnym, i wykazują agresywny, niszczący charakter. W kościach, dotkniętych szpiczakiem zanika w znacznej mierze substancja gąbczasta, kora, a guz myelomatyczny może w dalszym ciągu przebić i okostną. Hart wykazuje, że także morfologicznie typowe szpiczaki mogą przekroczyć granicę okostny i bujać jużto bezpośrednio w okolicy miejsca przebicia, już też dawać przerzuty w odległych od pierwotnych guzów miejscach. Inni natomiast twierdzą, że szpiczaki ograniczają się wyłącznie do układu kostnego, o ile zaś dochodzi do zniszczenia i przebicia okostny, wówczas zaliczyć trzeba te twory już do t. z. myelosarkomatoz; tkanka bujająca wychodząca ze szpiku kostnego składa się z niedojrzałych jego komórek, zbliżonych budową swą do komórek macierzystych szpiku kostnego, jakto widać z nietypowej budowy histologicznej guza. Wobec zupełnie narazie ciemnej etjologji, wobec nieokreślonego ściśle obrazu anatomopatologicznego i histologicznego nauka w obecnej chwili nie może określić, czy zaliczyć m. m.*) do uogólnionych schorzeń całego systemu krwiotwórczego, czy też zaliczyć je do nowotworów. Pojedyńcze spostrzeżenia bowiem wykazują pewne cechy uogólnionego równocześnie schorzenia całego układu, jak też i pewne cechy właściwe wyłącznie nowotworom złośliwym. Jednem słowem nauka dotychczas nie rozstrzygnęła, czy *myeloma* mimo swej nazwy jest leukozą a więc schorzeniem podobnem do białaczki prawdziwej lub rzekomej, czy też leukomatem, a więc schorzeniem nowotworowem, czy też czemś pośredniem między wymienionemi schorzeniami. Przy *m. m.* bujanie występuje w wielu miejscach szpiku kostnego równocześnie; w pewnych wypadkach, o których wspomina Aprikosoff i Morowitz (pojedyńcze spostrzeżenia) stwierdzono histologicznie rozlane bujanie szpikowe, gdzie wogóle nie było ograniczonych guzów. Powyższe cechy przypominają uogólnione schorzenia układu krwiotwórczego. W częstszych jednak wypadkach *m. m.* wytwarza w szpiku guzy ograniczone, mające agresywny, złośliwy charakter. Kości zostają zniszczone, przedziurawione, guzy po przebiciu okostny wrastają w otoczenie, niekiedy też — jakto już o tem była wzmianka — powstają przerzuty w innych tkankach. W tych przypadkach *m. m.* przypomina nowotwór złośliwy. We krwi obwodowej bardzo rzadko stwierdzamy zmiany białaczkowe. Widzimy więc, że w przypadkach *m. m.* mamy często płynne przejścia między uogólnionemi



schorzeniami układu krwiotwórczego (białaczka rzekoma i prawdziwa), a nowotworami złośliwemi. Nic też dziwnego, że jedni autorzy zaliczają *m. m.* do schorzeń białaczkowych lub rzekomobiałaczkowych, podczas, gdy inni zaliczają *m. m.* do nowotworów, podobnie jak i trzecia grupa uczonych uważa białaczki za złośliwe nowotwory. Ribbert n. p. zalicza do nowotworów wszelkie guzy powstające z elementów szpiku kostnego i gruczołów chłonnych, a więc guzy złożone z myelocytów, myeloblastów, limfocytów, limfoblastów lub komórek plazmatycznych, nadając im nazwę nowotworów, zależnie od komórek macierzystych: limfocytom, limfoblastom, myelom, plazmom przyczem białaczkę również uważa jako schorzenie nowotworowe. Według Naegeliego zaś *m. m.* jest tylko schorzeniem miejscowem szpiku kostnego w przeciwieństwie do białaczek, które są według niego uogólnionemi schorzeniami układu krwiotwórczego. Według Naegeliego *m. m.* jest chorobą analogiczną do limfo — ew. leukosarkomatozy, gdzie układy są zajęte miejscowo, a nie równocześnie w całości, jak przy białaczkach; *m. m.* wykazuje wprawdzie pozornie rozrost nowotworowy, nosi pozornie agresywny charakter, przebija tkankę kostną, okostną, wrasta w otoczenie pozornie jak nowotwór złośliwy, w przeciwieństwie jednak do prawdziwych nowotworów złośliwych, nie niszczy według Naegeliego mięśni, jak to czynią prawdziwe nowotwory złośliwe, które wrastając w jakąś tkankę równocześnie ją niszczą; tym więc rodzajem bujania wykazuje *m. m.* podobieństwo raczej do guzów napotykanych przy białaczkach. Naegeli więc uważa, że przy *m. m.* istnieje rozrost pozornie podobny do rozrostu nowotworów złośliwych, z tą jednak zasadniczą różnicą — i w tem podobieństwo do białaczek — że niema bezwzględnego przenikania i niszczenia tych tkanek, w które guz wrasta. Jak zawiłym i niejasnym jest stosunek *m. m.* do uogólnionych schorzeń układu krwiotwórczego z jednej, a do nowotworów złośliwych z drugiej

*) *myeloma multiplex* w skróceniu = *„m. m"*.

strony, niech posłużą rozbieżne zapatrywania jeszcze innych badaczy. Rusticky odkrywca anatomo-patologicznego obrazu *m.m.* nazywa go niezłośliwym przerostem szpiku kostnego w ścisłem tego słowa znaczeniu. Zahn, Grawitz, Abrikosoff i inni zaliczają je do limfosarkomów. Pappenheim powaga na polu chorób krwi uważa *m.m.* za pewną odmianę rzekomej białaczki. Paltauf, Lubarsch i inni uważają go jako cierpienie raczej białaczkowe. Benda zalicza *m.m.* do nowotworów, a Schridde uważa je za nowotwory z podobieństwem do białaczek. Herxheimer, Kaufmann i Hofmann zaliczają *m.m.* do pierwotnych nowotworów szpiku kostnego, Hirschfeld uważa je znowu jako aleukemiczne leukocytomy. Sternberg widzi w nich przerost szpiku kostnego, przyznaje im jednak samoistne stanowisko zbliżone do nowotworów. Domarus specjalnie zwraca uwagę na postacie przejściowe i mieszane między białaczką prawdziwą a *m.m.* mówiąc o ścisłym związku wewnętrznym tych cierpień. Oto zbiór poglądów, które dosadnie wskazują, jak trudnym i zawiłym jest problem *m.m.* w ich stosunku do chorób układu krwiotwórczego i nowotworów.

Anatomo-patologicznie pierwszy Rusticky opisał *m.m.* w roku 1873, inni autorzy spostrzegali później pojedyncze ledwie przypadki, gdyż cierpienie to jest bardzo rzadkie. Obraz kliniczny zaś przedstawił i opisał poraz pierwszy w roku 1889 Kahler, stąd *m.m.* nosi nazwę choroby Kahlera lub zbioru objawów Kahlera, choć jak później wykazał Hirschfeld, przypadek Kahlera nie był właściwie myelomatem, lecz według badania anatomo-patologicznego wśródbłoniakiem. Osler, klinicysta angielski, nazywa *m.m.* myeloplastyczną albumozurją z powodu częstej obecności przy tem cierpieniu odkrytego przez Bence-Jones'a w roku 1848 ciała białkowego dającego pewne charakterystyczne reakcje.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Roman BORNSTEIN. Łódź - Ciechocinek.

Hydrops genu intermittens.

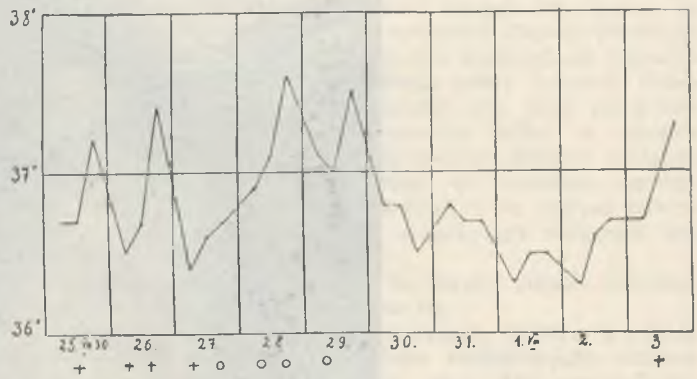
Z dwóch względów na uwagę zasługuje przypadek, który niniejszem opisać zamierzam: bezwzględna rzadkość występowania jednostki chorobowej poraz pierwszy opisanej przez Koeniga w r. 1887 jako *Hydrops genu intermittens,* oraz ze względu na współistniejące wielostawowe schorzenie, które, być może, w patogenezie danego przypadku okresowego obrzęku kolan odgrywa pewną rolę, stworzywszy uprzednio stan, przez francuskich lekarzy jako *„terrain special"* określony, a polegający na wzmożonej percepcji tkanki łącznej (okołostawowej) w stosunku do jadów.

Pacjentka lat 27 z zawodu nauczycielka, niezamężna. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie przechodziła krztusiec, odrę, zołzy, zapalenie ucha wewnętrznego. W roku 1916 chorowała w ciągu dwóch tygodni na czerwonkę, otrzymywała również zastrzyknięcia, czy surowicy — niewiadomo. Tuż po cofnięciu się sprawy chorobowej w jelitach powstało, 6 tygodni trwające, ostre zapalenie wszystkich większych stawów. Surowicy nie stosowano. Zimą 1920—1921 r. chora poczuła strzykanie w różnych stawach, jednakże bez znaczniejszych dolegliwości; jednocześnie wystąpiły lekkie obrzęki. Wiosną tegoż roku sprawa uległa obostrzeniu i rozszerzeniu; w ciągu 5-ciu tygodni pacjentka zmuszona była do pozostawania w łóżku, ciepłota ciała podwyższona, zajęcie stawów skokowych, kolanowych, krzyżowo-biodrowych i łokciowych. Mierne dolegliwości pozostały w stawach kolanowych, jedynie czasami odzywały się i inne stawy. Wiosną 1922 r. chora poraz trzeci przechodziła ostre zapalenie stawów (2 tygodnie), lecz jedynie już kolanowych. Po spadku ciepłoty pozostały wyraźne dolegliwości kolan czasem nawet obrzęki. Stosowano zastrzyknięcia mleka z wynikiem przejściowym. Zimą 1922—1923 r. pacjentka spostrzegła pewną regularność w występowaniu swych dolegliwości kolanowych. Przy podwyższonej ogólnej ciepłocie powstaje, kilka dni trwający, obrzęk prawego kolana. Po cofnięciu się zmian lokalnych również i stan ogólny chorej jest zadowalający. Jednakże już po kilku dniach ta sama sprawa powtarza się z zajęciem kolana lewego. Po pewnym czasie cykl powtarza się utartym torem. Po kuracji w Solcu oraz w Piszczanach (r. 1923) pewna ulga, choć krótkotrwała. Jesienią dolegliwości wracały już w poprzedniem nasileniu. W roku 1925 powstał ostry i po dziś dzień trwający obrzęk prawego stawu łokciowego, silne bóle, brak podwyższonej ciepłoty.

W ciągu ostatnich pięciu lat poza wzmożeniem się nasilenia sprawy chorobowej w stawach kolanowych — obrzęki dosięgały już tego stopnia, że utrudniały chodzenie — wystąpiły znaczne dolegliwości i w innych stawach: prawym biodrowym, obydwu śródstopi i we wspomnianym już stawie łokciowym.

Rok rocznie kuracje w zdrojowiskach, jak Ciechocinek, Piszczany przynoszą ulgę — i to niezawsze, jedynie przemijająco — co zresztą ze względu na charakter schorzenia było do przewidzenia. Niewiele też ulgi przyniosły metody leczenia fizykalnego oraz leczenie drażniące.

Obecnie co 9 dni występuje obrzęk prawego stawu kolanowego (stan podgorączkowy), ciepłota miejscowo podwyższona, wysięk osiąga już ten stopień, iż utrudnia chodzenie i daje przykre uczucie napięcia skóry. W końcu drugiego dnia następuje cofanie się sprawy chorobowej. Jednocześnie zjawia się obrzęk lewego stawu kolanowego, trwający również 2 dni. Następuje pięciodniowa przerwa i cykl powtarza się od początku. Oto krzywa ciepłoty jednego takiego, dziewięciodniowego okresu:



\+ obrzęk prawego kolana mierny, ++ silny
O obrzęk lewego kolana mierny, OO silny.

Samopoczucie pacjentki poza lekkiem uczuciem ciążenia głowy jest względnie dobre. Bóle głowy występują rzadko. Tężyzna życiowa zachowana. Sen dobry. Waga utrzymana. Łaknienie wcale dobre, szczególnie w okresach bezgorączkowych. Brak objawów podmiotowych ze strony przewodu pokarmowego, narządu oddechowego oraz krążenia. Miesiączkowanie od 14 roku życia, skąpe, trwające 3 dni, początkowo co 4 tygodnie. Od kilku zaś lat bywają okresy mniej więcej trzymiesięczne, w których miesiączkowanie występuje co 2, 3 i 4 tygodnie, skąpe, trwające zawsze 3 dni. Alkoholu i nikotyny nie używa. Chorób wenerycznych nie przechodziła.

Pacjentka wzrostu średniego, budowa kośćca prawidłowa, stan odżywiania średni, podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta. Zabarwienie spojówek i dziąseł blado-różowe. Narządy wewnętrzne — poza nacieczeniem szczytu prawego — bez zmian. Obrzęk i unieruchomienie częściowe prawego stawu łokciowego, nieznaczne ograniczenie ruchów biernych w prawym stawie biodrowym, wrażliwość na ucisk prawego stawu krzyżowo-biodrowego. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje: Szpary obu stawów kolanowych zwężone. Brzegi powierzchni stawowych zaostrzone. Obok brzegów stawowych po stronie zewnętrznej w obu stawach kolanowych wideczne wytwarzanie się wypustek kostnych. Na zdjęciach bocznych widać nieregularności zarysu kostnego po stronie tylnej obu kłykciów kości udowych. Części miękkie okołostawowe zagęszczone.

Rozpoznanie: przewlekły stan zapalny ze ścieńczeniem chrząstek stawowych i łąkotek oraz ze zniekształceniami kostnemi.

Badanie moczu składników patologicznych nie wykazuje. Badanie krwi wskazuje na mierną niedokrwistość (hemoglobiny 56%, wskaźnik barwikowy 0.7, oligochromja, poikilocytoza). Odczyn Wassermanna — ujemny. Kwas moczowy we krwi prawidłowy. Natomiast czas opadania krwinek — 17 minut (Linzenmeier), co przy danych klinicznych — pomijając *Hydrops genu intermittens* — wskazuje na zapalny proces stawowy. Dodatni zaś wynik odczynu zlepnego z pałeczkami Flexnera (1/800) określa już ściśle charakter owego zapalenia.

Postawienie trafnego rozpoznania zarówno danego przypadku, jak i analogicznych, nie nasuwa żadnych trudności i postawione być może *à distance,* oczywista, o ile pamiętamy o istnieniu okresowego obrzęku kolan. *A priori* można wykluczyć inne schorzenia, jak gruźlicę stawów, gościec, kiłę i t. p. Pomijając cały szereg opisanych powyżej objawów oraz badań pomocniczych, do postawienia rozpoznania wystarcza zawsze występujący i najbardziej charakterystyczny objaw okresowości, trafnie też nazwany przez Schlesingera *„Kalendersymptom"*. Zdjęcie rentgenologiczne wypada zazwyczaj ujemnie. Dodatni zaś wynik w danym przypadku przypisać należy wyłącznie procesowi zapalnemu, toczącemu się

zresztą i w innych stawach, który to proces wywołany został przez pałeczki czerwonkowe Flexnera. Nie ulega żadnej wątpliwości, iż zdjęcie innych stawów dałoby wynik analogiczny, a nawet w prawym stawie łokciowym wykazałoby zmiany bezwzględnie dalej posunięte.

Czy w danym przypadku istnieje związek przyczynowy między czerwonką, względnie *Polyarthritis dysenterica* a okresowym obrzękiem kolan, trudno orzec. Być może, iż jady pałeczek Flexnera, względnie powstałe w nadmiarze ciała odpornościowe, w sposób odmienny zaatakowały stawy kolanowe bezpośrednio, bądź też — co jest bardziej prawdopodobne — pośrednio poprzez chorobowo zmienione gruczoły wewnętrznego wydzielania, w pierwszej linji jajniki.

Nie można też wykluczyć istnienia obydwóch dróg zadziałania. Oczywista jest to luźna hipoteza. Patogeneza *Hydrops genu intermittens* jest i pozostaje ciemna. Faktem jest, iż schorzenie to spotyka się niemal zawsze u osobników o wyraźnem podłożu neuropatycznem. Schlesinger na zasadzie opisanych przez siebie pięciu chorych, pochodzących z jednej i tej samej rodziny, dopatruje się przyczyny schorzenia w zaburzeniu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Spostrzegano względną poprawę po stosowaniu preparatów jajnikowych. Wobec niewielkiego jednak materjału klinicznego, nie można jeszcze wyciągnąć ostatecznych wniosków, tak, iż sprawa patogenezy zarówno jak i leczenia pozostaje nadal otwarta.

Dr. Irena CZERNECKA, asystent kliniki. Lwów.

Przyczynek do leczenia tubarem gruźlicy chirurgicznej.

Z Kliniki chirurgicznej U. J. K.
Dyr.: Prof. Dr. Schramm.

W Nr. 3. Zentralblatt für Chirurgie w roku 1928, ogłosił dr. Drügg swoje uwagi o nowym przeciwgruźliczym preparacie, noszącym nazwę *„Tubar"*, a poleconym przez prof. Strübla. Preparat ten różni się od tuberkuliny o wiele większą zawartością ciał niebiałkowych, a przedewszystkiem lipoidów. Sporządzony on jest z prątków gruźliczych hodowanych na specjalnych pożywkach i niejako tuczonych lipoidami i innemi tłuszczami. Dzięki uprzejmości p. prof. Strübla otrzymałam wymieniony preparat i mogłam go zastosować w trzech przypadkach tylko, gdyż niewielka ilość nie pozwalała na częstsze podawanie.

Pozwolę sobie przytoczyć opis przypadków, w których wymieniony preparat stosowałam.

Przypadek I. Chory, lat 29, o mnogich ogniskach gruźliczych gruczołowych, kostnych, stawowych i płucnych, zgłosił się na klinikę z rozległą gruźlicą stawu kolanowego, trwającą podobno od roku. W czerwcu 1927 roku wykonano u niego resekcję stawu kolanowego, przyczem natrafiono na głębokie daleko sięgające gruźlicze zacieki w częściach miękkich. Zacieki te wyłyżeczkowano. W 3 tygodnie po zabiegu opuszcza chory klinikę z raną zgojoną. Zgłasza się ponownie w pół roku później, z powodu pojawienia się dużej przetoki ropnej w okolicy kłykcia zewnętrznego. Zrobiono zdjęcie rentgenowskie, które wykazało: linijne kontury powierzchni stawowych kolana lewego przylegają ściśle do siebie szczególnie w bocznych częściach. Powyżej, po obu stronach obwodowej 1/4 trzonu zwapniałe naloty okostnowe.

W listopadzie wykonano ponowny zabieg, polegający na szerokiem otwarciu przetoki i możliwie dokładnem wyłyżeczkowaniu jej. Następowe leczenie polegało na przepłukiwaniu rany wodą jodową, wstrzykiwaniu do wnętrza mieszanki jodoformowej, naświetlaniu lampą kwarcową. Mimo to wydzielina stale bardzo obfita, zrostu między powierzchniami kostnemi nie stwierdza się, jama nie wypełnia się ziarniną. Do początku marca poprawy nie było. Wtedy to zaczęłam stosować tubar w zastrzykach podskórnych co drugi dzień. Po poszczególnych zastrzykach nie można było stwierdzić żadnego odczynu, ani ogólnego, ani miejscowego, występowały tylko lekkie bóle w jamie brzusznej, w kilka godzin po wstrzyknięciu. W połowie kwietnia pojawiła się zdrowa ziarnina. W połowie maja po skończeniu pierwszej serji wstrzykiwań, rana prawie zupełnie zgojona, na nogę założono gips z okienkiem nad okolicą dawnej przetoki. Chory opuścił klinikę w stanie dobrym. Po roku zgłosił się do kontroli i wtedy stwierdzono mocny kostny zrost w kolanie, bez śladu bolesności, inne ogniska gruźlicze w stanie znacznej poprawy, ogólny stan zupełnie dobry.

Przypadek II. Chora lat 30, żadnych chorób dawniej nie przechodziła. Przed rokiem zaczęła odczuwać bóle w ramieniu lewem, przybierające stale na natężeniu, wtedy też wystąpił obrzęk ramienia i upośledzenie ruchów. Lekarz, u którego chora zasięgnęła porady, wykonał punkcję tego stawu, po której wytworzyła się wkrótce w tem miejscu przetoka ropna, dość obficie sącząca. W krótkim czasie powstały dwie nowe przetoki. Wobec stałego pogarszania się sprawy chorobowej, a przedewszystkiem bardzo silnych bólów, chora zgłasza się na klinikę. Badaniem stwierdza się obrzęk okolicy stawu ramieniowego, sięgający do połowy ramienia. Od przodu, tuż koło brzegu mięśnia piersiowego dużego, trzy przetoki ropne. Ruchy tak czynne, jak bierne zupełnie zniesione, próby ich zaś są bardzo bolesne. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje znaczne odwapnienie kości ramieniowej i wyrostka szczytowego. U chorej tej zastosowano zastrzyki tubaru, co drugi dzień i wstrzykiwania mieszanki jodoformowej do przetok. Po każdym zastrzyku tubaru chora odczuwała ulgę, bóle w ramieniu zmniejszały się. Po 10 wstrzyknięciach bóle mniejsze, przetoki nieco się zaciągnęły, na brzegach okazała się zdrowa ziarnina. Chora opuściła klinikę, a do dalszego leczenia miała się zgłaszać ambulatoryjnie. Po skończeniu I. serji, więc 34 zastrzyków można było stwierdzić, że przetoki zagoiły się zupełnie, obrzęk się cofnął, bolesność znacznie mniejsza, ruchomość częściowo wróciła. Roentgen natomiast wykazał: zanik i zmiany destrukcyjne kości ramieniowej lewej, w jednej trzeciej górnej. Kontury główki i trzonu nieostre, zatarte. Liczne ogniska rozrzedzenia. Wyrostek stawowy łopatki wykazuje identyczne zmiany.

Przypadek III to duże *lymphomata colli*, na które wstrzyknięcia tubaru żadnego wpływu nie wywarły, tak że wreszcie skierowano je do naświetlania rentgenowskiego.

Liczba chorych u których stosowałam tubar była bardzo skromna (przyczynę tego podałam na początku), jednakże dość charakterystyczne działanie jego skłoniło mnie do tego tymczasowego doniesienia o moich spostrzeżeniach.

Przyglądając się zatem działaniu tubaru należy mu przyznać pewne dobre cechy, a mianowicie brak odczynu ogólnego i miejscowego, tak niepożądanego u gruźlików, wpływ na niektóre objawy sprawy chorobowej, a więc cofanie się objawów powierzchownych. Do tych zaliczyć można gojenie się przetok, pobudzenie ziarniny do bujania, ustąpienie częściowe bolesności. W przypadkach opisanych musiano posługiwać się i innemi środkami, jak wstrzykiwaniami mieszanki jodoformowej, naświetlaniami lampą kwarcową, co było koniecznem ze względu na ciężki stan chorych, ale też i zacierało do pewnego stopnia obraz działania tubaru. Za wadę niejako można by uważać to że przyczyniając się do ustępowania niektórych objawów klinicznych daje nam złudzenie poprawy, podczas gdy w rzeczywistości sprawa chorobowa nie uległa zahamowaniu. Z tego zatem wynika, że podobnie jak i inne preparaty przeciwgruźlicze nie wpływa na czas rozwoju choroby.

Tubar stosuje się w rozcieńczeniach 1 na tysiąc miljonów, 1 na sto mil. i t. d. do 1 na 10.000, co drugi dzień, zaczynając od 1/4 cm³ i zwiększając każdorazowo dawkę o 1/4. Z każdego rozcieńczenia daje się 4 zastrzyki. Pierwsza serja składa się z 34 zastrzyków, potem następuje kilkutygodniowa przerwa i znowu powtarza się zastrzyki.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Inż. Mag. Z. RUDOLF. Warszawa.

Zaopatrywanie w wodę a zdrowotność [1]).

Dzisiejsza inżynierja sanitarna jest oparta na naukowych zdobyczach, które już w zeszłym stuleciu tak wielce się przyczyniły do podniesienia komfortu i bezpieczeństwa życia ludzkiego. Do zdobyczy tych należy przedewszystkiem zaliczyć to zrozumienie, że nagromadzenie nieczystości jest niebezpieczne dla ludzi, że różne choroby mogą się szerzyć różnemi drogami i że są wywoływane przez drobnoustroje.

Największą potrzebą nowoczesnego osiedla jest zaopatrzenie w wodę. Bez wody życie miasta i wsi jest niemożliwe. Następną najważniejszą potrzebą jest usuwanie nieczystości, w szczególności nieczystości zawierających ludzkie wydaliny, a więc i zarazki chorobotwórcze. Można żyć bez wielu udogodnień ostatniej doby, ale nie można sobie wyobrazić dzisiaj egzystencji bez stosowania urządzeń sanitarnych. Praca inżyniera sanitarnego nie może być niczem zastąpiona. W dodatku do pracy, niezbędnej dla utrzymania życia w wielkich miastach, inżynier sanitarny stwarza

[1]) Referat wygłoszony na XIII Zjeździe Gazowników i Wodociągowców Polskich w maju 1931 r. w Warszawie.

dla małego miasta, dla osiedla wiejskiego, dla instytucyj publicznych i prywatnych nieruchomości urządzenia sanitarne, które umożliwiają wygodne w nich przebywanie i są często uważane za niezbędne.

Kształcenie się i stałe doskonalenie w służbie inżynierji sanitarnej jest oddaniem się pracy, która daje więcej bezpośrednich korzyści ludzkości, niż jakikolwiek inny rodzaj inżynierji, a może i niejeden inny rodzaj zawodu.

Zaopatrzenie w wodę.

Zarazki chorobotwórcze mogą w różnych warunkach i w różnych miejscach znajdować się w wodzie, przyczem specjalnie zasługują tu na uwagę przecinkowce cholery i pałeczki duru brzusznego, a także pewne pasorzyty.

Drogi, któremi te zarazki dostają się do organizmu ludzkiego są wielorakie, jedną z nich stanowi woda. Zarazki dostają się do wody czasem zupełnie przypadkowo, przez pranie bielizny chorego tuż przy studni, przez spuszczanie nieczystości do rzeki ze statków i t. p. Rzadko znajdujemy w naszym kraju warunki, któreby sprzyjały rozwojowi zarazków cholery lub duru brzusznego w wodzie (brak części pożywnych, niska ciepłota), ale i w naszym klimacie mogą się zarazki w pewnych warunkach dłużej utrzymywać w wodzie. Czasokres życia zależy od warunków zewnętrznych; w czystej wodzie studziennej w ciepłocie 10^0 C przecinkowce cholery pozostają przy życiu niedłużej jak 3 dni, a pałeczki duru brzusznego niedłużej niż 8—14 dni. W warunkach sprzyjających, w powierzchniowych wodach mogą się te zarazki przy wyższych ciepłotach i lepszem pożywieniu nawet rozmnażać, szczególnie o ile dostały się razem z tem pożywieniem do zbiornika wody. Prof. Whipple podaje stopień zanikania pałeczek duru brzusznego w wodzie w zwykłych naturalnych warunkach: po tygodniu woda może zawierać 30% pierwotnej ilości bakteryj, po 2 tygodniach — 10%, po 3 tygodniach — 3%, a po miesiącu lub 6 tygodniach 1% lub mniej. Czas jest tu widocznie najważniejszym czynnikiem. Nie należy zapominać, że chociaż nawet ginie te 99% bakteryj po miesiącu, pozostaje jeszcze 1%, który może stanowić jeszcze wielkie niebezpieczeństwo. Pojedyńcze wypróżnienie chorego na dur brzuszny może zawierać jeden biljon pałeczek, a może i więcej, a 1% od tego stanowi jeszcze 10 miljonów, a więc liczbę dość pokaźną, aby mieć wpływ na zdrowotność. Są to dane z doświadczeń laboratoryjnych, w naturze pałeczki duru brzusznego mogą wykazywać jeszcze większą długość życia.

Wybuch epidemji na skutek użycia zakażonej wody miał w wielu przypadkach charakter nagły: w ciągu kilku dni zachorowuje większa liczba osób, ale liczba ta wkrótce zaczyna się szybko zmniejszać. Obszar epidemji zazwyczaj pokrywa się z obszarem wodnym. Klasycznym przykładem był wybuch epidemji w Hamburgu w roku 1892. Epidemja cholery zjawiła się na terenie miasta, zaopatrywanym w wodę z jednego zakażonego źródła, gdy w sąsiedniem mieście Altonie, które było zaopatrywane w wodę z innego źródła niezanieczyszczonego, były tylko sporadyczne przypadki choroby, zawleczonej z Hamburga.

W miarę tego, jak zależność pomiędzy dostarczaniem dobrej wody do picia a zdrowotnością zostaje lepiej rozumiana i lepiej oceniana, więcej uwagi poświęca się jakości wody. Dobrą wodę uzyskuje się przez jej czerpanie z niezanieczyszczonego źródła lub przez oczyszczanie wody z niepewnego źródła. W wyniku zastąpienia wody nieczystej do picia przez wodę odpowiednią, śmiertelność od chorób, rozpowszechnianych przez wodę, zmniejsza się dość znacznie, przyczyniając się do podniesienia zdrowotności osiedla, co zostało zupełnie wyraźnie w praktyce ujawnione.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej współczynnik umieralności od duru brzusznego niewątpliwie dostarcza najlepszych wskazówek co do jakości wód publicznych, z których ludność korzysta do picia. Następująca tablica Dra Kobers'a z jego pracy (1908) p. t. „Utrzymanie życia i zdrowia przez ulepszenie zaopatrzenia w wodę" zestawia dane statystyczne z 61 miast amerykańskich za lata 1902—1906.

Przeciętna umieralność od duru brzusznego na 100,000 ludności dla miast. korzystających z różnych rodzajów wód do picia.

4 miasta korzystające z wody gruntowej (duże studnie)	18,1
18 miast korzystających z wód, gromadzonych w zbiornikach rzecznych lub z rzek	18,5
8 miast korzystających z wód z małych jezior	19,3
7 miast mających wodę z wielkich jezior	32,8
5 miast korzystających zarówno z wody powierzchniowej, jak i gruntowej	45,7
19 miast korzystających z zanieczyszczonej wody rzecznej	61,1

Z zestawienia tego jest zupełnie widoczne, że wody gruntowe filtrowane stanowią najpewniejsze źródło zaopatrzenia. Wody powierzchniowe, czy to z rzek czy z jezior, mogą dostarczać wodę dobrą, ale źródła te mogą znacznie łatwiej podlegać zanieczyszczaniu.

Najprawdopodobniej najbardziej uderzający wpływ na zmniejszenie się duru brzusznego został wywołany przez oczyszczanie wód zanieczyszczonych. W przypadku wprowadzenia filtrowania wody, zmniejszenie się chorób t. zw. wodnych prawie zawsze miało miejsce. Nawet tam, gdzie osiedla były tylko częściowo zaopatrywane w wodę oczyszczaną, wpływ tego momentu na umieralność od duru brzusznego był godny uwagi.

Ilustruje to następująca tablica:

miasta	1907	1908	1909	1910	
Columbus, Ohio	38,3	110,5*	20,0	18,1	na 100.000
New Orleans, La	55,5	33,1	28,4*	31,5	
Louisville, Ky	67,9	44,2	42,0*	31,7	
Pittsburgh, Pa	130,8*	46,6	24,0	27,8	
Philadelphia, Pa	60,7	35,5*	22,3	17,5	

Zakład oczyszczania wody w Columbus został uruchomiony pod koniec 1908 roku, wysoka umieralność w tym roku tłumaczy się panowaniem epidemji. Zakłady oczyszczania w miastach New Orleans i Louisville zostały uruchomione w 1909 roku. W Pittsburgu i Filadelfji zakłady te otworzono kolejno w latach 1907 i 1908. Lecz w żadnym z tych miast cała ludność nie była zaopatrzona w oczyszczoną wodę.

Dane statystyczne, dotyczące duru brzusznego miasta Cincinnati, Ohio dają najbardziej przekonywujący argument co do znaczenia oczyszczania wód zanieczyszczonych.

Liczba przypadków choroby i śmierci od duru brzusznego:

	Woda niefiltrowana ze starego zakładu				Woda filtrowana z nowego zakładu			
	1904	1905	1906	razem za 3 lata	1908	1909	1910	razem za 3 l.
przypadków choroby	1464	746	1940	4332	235	218	183	636
przypadków śmierci	270	155	239	664	67	45	21	133

Liczby za rok 1907 pominięto, bowiem w roku tym dostarczano wodę miastu zarówno ze starych, jak i nowych wodociągów. Jeżeli liczby te odniesiemy do 100.000 ludności, otrzymamy jeszcze lepsze porównanie z innemi danemi statystycznemi.

	Za 3 lata przed wprowadzeniem filtrowania wody	Za 3 lata po wprowadzeniu filtrowania wody		
	przeciętna	1908	1909	1910
przypadki choroby	417	67	62	50.0
przypadki śmierci	64	19	13	5.7
Procentowa redukcja w stosunku do przeciętnej				
przypadki choroby	—	84	85	88.0
przypadki śmierci	—	70	80	91.0

Hering i Fuller w sprawozdaniu swem o oczyszczaniu wody do picia w mieście Montreal przytaczają tablicę, wskazującą na wpływ oczyszczania zapomocą filtrów na umieralność od duru brzusznego w szeregu miast amerykańskich.

Umieralność od duru brzusznego na 100 000 ludności w miastach, korzystających z wody filtrowanej.

Miasta	Rok uruchomienia zakładu	przed filtrowaniem (liczba lat do oblicz. przecietn.)	po wpr. filtr. (liczba lat do oblicz. przecietn.)	przed filtr. (umieralność)	po wprow. filtrow. (umieralność)
filtry piaskowe					
Albany, U. Y.	1899	10	9	90	22
Lawrence, Mess	1893	7	15	114	25
Pittsburg, Pa	1907	8	1	133	47
filtry mechaniczne					
Binghampton, N. Y.	1907	5	5	47	15
Cincinnati, Ohio	1908	4	1	50	16
Columbus, Ohio	1908	11	1	78	20
Paterson, U. Y.	1902	5	7	32	10
Watertown, U. Y.	1904	5	5	100	38
York, Pa	1899	2	8	76	22
Hoboken, N. J.	1905	7	4	19	14

Stosunek pomiędzy zaopatrzeniem w zanieczyszczoną wodę i pewnemi chorobami przewodu pokarmowego, innemi niż dur brzuszny, jest więcej lub mniej zaciemniony. Umieralność niemowląt od biegunki i nieżytu kiszek jest prawdopodobnie bezpośrednio lub pośrednio wynikiem picia wody zanieczyszczonej, chociaż inne przyczyny częściej powodują śmierć. Około 85% śmiertelnych przypadków, zanotowanych jako biegunki i nieżyt kiszek w urzędowej statystyce amerykańskiej przypada na dzieci w wieku poniżej 2 lat. Dr. McLaughlin podaje, że bardzo często przypadki duru brzusznego u dzieci w takim wieku są nieprawidłowo określane i brane za nieżyt kiszek, to samo da się powiedzieć i o czerwonce. Potrzebne są szczegółowe badania, aby stwierdzić prawdziwą przyczynę nadmiernej umieralności dzieci od nieżytu kiszek i biegunki. W miastach amerykańskich z ludnością poniżej 50.000, bez zaniedbanych dzielnic i większego przemysłu, nieżyt kiszek powoduje u dzieci w wieku poniżej 2 lat ponad 100 przypadków śmierci na 100.000, co wskazuje na panowanie ostrej choroby przewodu pokarmowego, której można zapobiegać temi samemi sposobami, jak i durowi brzusznemu. Jest rzeczą prawdopodobną, że w takich miastach właściwe przymusowe zastosowanie sposobów zapobiegawczych przeciwko durowi brzusznemu zmniejszyłoby umieralność od nieżytu kiszek do liczby mniejszej niż 40 na 100.000. Akcja profilaktyczna musiałaby uwzględniać zakładanie instalacyj dla zaopatrzenia w wodę czystą do picia i właściwych systemów kanalizacyjnych, zwalczanie antysanitarnego ustępu i w równym stopniu niebezpiecznej płytkiej studni.

Dur brzuszny stał się rzadszym w wielu miastach Ameryki. Nie można, oczywiście, dowodzić, że zmniejszenie to zostało spowodowane tylko oczyszczaniem wody do picia. Część tego zmniejszenia umieralności z tej choroby należy przypisać wprowadzeniu sanitarnej ochrony zlewni, a w niektórych większych miastach i bardziej postępowych gminach i sanitarnej kontroli mleka, w szczególności pasteryzacji mleka. Dokładnie jeszcze niewiadomo, w jakim stopniu pomogły tutaj szczepienia, kontrola nosicieli, kontrola żywności i stopniowe ulepszanie ogólnych warunków sanitarnych. Niewątpliwie jednak wpływ filtrowania i dezynfekcji wody na zmniejszenie się duru brzusznego był znacznie większy, niż wszystkich innych sposobów zapobiegawczych.

Statystyka śmiertelności w mieście Cincinnati wykazuje zupełnie wyraźnie, że przejście od użycia zanieczyszczonej wody do użytkowania wody oczyszczonej wywołało także wielkie zmiany w liczbie śmiertelnych przypadków z czerwonki, biegunki i nieżytu kiszek u osób w wieku powyżej 2 lat:

	Woda niefiltrowana ze starego zakładu				Woda filtrowana z nowego zakładu			
	1904	1905	1906	razem za 3 lata	1908	1909	1910	razem za 3 l.
Czerwonka	27	21	22	70	9	11	5	25
biegunka i nieżyt kiszek	152	167	174	493	90	60	71	221

Rok 1907 został pominięty, gdyż wtedy dostarczano do miasta wodę zarówno ze starego, jak i nowego zakładu.

Z tablicy tej dowiadujemy się, że po wprowadzeniu filtrowania wody zmniejszenie za okres 3 lat czerwonki w stosunku do okresu przed filtrowaniem wynosi 64,3%, a biegunki i nieżytu kiszek 55,1%.

Dane będące w naszem rozporządzeniu wyraźnie wskazują na to, że cholera, dur brzuszny, czerwonka i wszelkie zaburzenia przewodu pokarmowego mogą powstawać na skutek picia wody zakażonej i że można również przypuszczać, że i inne choroby mogą się szerzyć tą drogą. Wpływ oczyszczania wody na zmniejszenie się umieralności od chorób innych niż cholera i dur brzuszny był studjowany przez W. T. Sedgwick'a i Scott MacNutt'a. Wskazują oni, że w latach 1893—94 H. F. Mills z Lawrence, Mass., i Dr. Reincke z Hamburga zauważyli zupełnie niezależnie od siebie spadek ogólnej śmiertelności w każdym z tych miast w wyniku ulepszenia zaopatrzenia w wodę. Prof. Sedgwick i jego współpracownicy zebrali liczne dane statystyczne śmiertelności i nazwali zbieganie się obniżenia się śmiertelności z wprowadzeniem oczyszczania wody zjawiskiem „Mills-Reincke". W roku 1904 znany inżynier amerykański Allen Hazen dał w swym odczycie wygłoszonym na Międzynarodowym Zjeździe Inżynierji w St. Louis liczbowy wyraz temu zjawisku, a mianowicie: „gdzie udało się uniknąć jednej śmierci od duru brzusznego przez dostarczenie lepszej wody, tam pewnej liczbie śmierci, prawdopodobnie 2 lub 3, z innych powodów dało się też uniknąć". Sedgwick i MacNutt nazwali tę formułkę teorją Hazena i wywnioskowali ze studjów, jakie przeprowadzili, że to twierdzenie wydaje się być słusznem i uzasadnionem, ale niekoniecznie ścisłem. Stosunki, jakie ci uczeni opracowali, różniły się dość znacznie. Naprzykład, w Hamburgu po zaprowadzeniu filtrowania wody, zmniejszeniu się jednej śmierci z duru brzusznego odpowiadało zmniejszenie się 15,8 śmierci z innych przyczyn; w Lawrence, Mass ten stosunek wyniósł 1:4,4; w Lowell, Mass — 1:6,0, w Albany, N. Y. — 1:4,1, w Binghamton 1:1,5. Z danych, które ci badacze zebrali w stosunku do chorób płucnych, można wyciągnąć wskazówki, upoważniające do szerszych studjów w tej dziedzinie. Inne czynniki poza wodą, jak już wskazywałem, mogły odegrać poważną rolę w zmniejszeniu się ogólnej śmiertelności. Do tego przyczyniła się także nowsza i głębsza znajomość sposobów zapobiegawczych, chociaż prawdziwe przyczyny wielu chorób są jeszcze nieznane. Jest rzeczą prawdopodobną, że niektóre z nich mogą być także przenoszone przez zanieczyszczoną wodę do picia.

Inżynier amerykański J. W. Ellms, który tak szeroko ujął te zagadnienia w swoich pracach, podkreśla, że usunięcie zarazków z wody może być bezpośrednim powodem zmniejszenia się śmiertelności, gdy pośredni może pochodzić ze zwiększonej życiowej odporności ludzkiego organizmu, wytworzonej przez użytkowanie czystszej wody do picia. Najprawdopodobniej oba te czynniki odgrywają rolę w kierunku zmniejszenia śmiertelności, co jeszcze silniej wskazuje na znaczenie czystej wody do picia dla podniesienia zdrowotności ogólnej ludności.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

K. Kolle: *Die primäre Verrücktheit. Psychopathologische, klinische und genealogische Untersuchungen, Band I, Sammlung psychiatrischer und neurologischer Einzeldarstellungen.* Seiten 257. Verlag G. Thieme. Leipzig 1931, R. M. 25.

Nowe wydawnictwo perjodyczne większych monografij z pogranicza neurologji i psychjatrji, wychodzące jako inauguracyjny tom I przy miesięczniku „Fortschritte für die gesammte Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete" pod redakcją Bostroema z Monachjum i Langego z Wrocławia. Wydawnictwo to ma obejmować według przedmowy większe oryginalne studja, nie mogące się zmieścić w zwykłych ramach wspomnianego czasopisma. Jasna rzecz, że monografje te wypadają w cenie o wiele drożej od bardziej w handlu rozpowszechnionych zeszytów miesięcznych, regularnie w druku wychodzących, a jak w danym razie cena jednej tej monografji przekracza poniekąd cenę roczną miesięcznika.

Temat, jaki obrał sobie Kolle, docent kiloński: *paranoia primaria seu originaria*, jest bardzo wśród psychjatrów aktualny, posiada ogromne piśmiennictwo, a został po raz pierwszy dokładnie zanalizowany w różnych wydaniach „Psychjatrji" Kraepelina. Autor, aby nie rozszerzać zbytnio ram książki, wyodrębnił z paranoi parafrenję, psychozy pieniactwa i pokrewne psychopatje, które zamierza omówić w innej pracy, jako nienależące zgodnie z wynikami badań genealogicznych do grupy paranoicznej.

Materjał do pracy swej czerpał Kolle nietylko z własnej kliniki, ale prawie z wszystkich niemieckich klinik uniwersyteckich, oraz z blisko 100 zakładów państwowych dla umysłowo chorych i przytułków dla chroników psychotycznych, a przedewszystkiem korzystał w badaniach genealogicznych z monachijskiej Forschungsanstallt für Psychiatrie.

26 tablic genealogicznych ozdabia pracę, która pochłonęła autorowi pod auspicjami prof. Sterza całe 4 lata, przy pomocy subsydjum państwowego, według z góry powziętych zamierzeń tworzenia archiwum imiennego dokładnie opracowanych biograficznych historyj chorób.

Po wykluczeniu różnych niepewnych i objawowych postaci urojeniowych pozostało czystych, gotowych do zużytkowania 200 przypadków paranoi zwykłej, paranoi pieniaczej i psychopatyj paranoicznych. Jak dalece rzadką jest ta, tak często rozpoznawana jednostka nozologiczna, w swej czystej formie, dowodzi choćby ta okoliczność, że Kraepelin, sam twórca nowoczesnej nauki o chorobach urojeniowych, w swoim materjale monachijskim wynoszącym za lat 18 około 30.000 przyjęć, pozostawił dokładne notatki zaledwie w 19 przypadkach, co stanowi 0,07% psychoz. Mniej więcej analogicznie się przedstawia materjał Bonhoeffera z drugiej największej kliniki niemieckiej, Berlina.

Z 66 przypadków, podchodzących psychopatologicznie i klinicznie pod pojęcie paranoi, jak ją opisał Kraepelin, a po nim Lange i Kehrer prawie we wszystkich (62) stwierdzono pierwotne idee i systemy urojeniowe w psychozie o charakterze endogennym. Parafrenicy, jak się okazało statystycznie, zachorowują dość późno, w 90% między 35 a 45 rokiem życia, nie po-

siadają budowy leptosomicznej, wykazują prawie zawsze większe lub mniejsze zaburzenia w obrębie gruczołów rozrodczych, są z temperamentu syntonikami lub cyklotymikami i stoją intelektualnie wyżej przeciętnego poziomu, a przebieg ich choroby odznacza się według danych katamnestycznych prognozą łagodną personalnie i społecznie.

Odpowiedź na pytanie, dlaczego schizofrenja parafreniczna różni się od innych schizofrenij, jest nie łatwa. Paranoja, w której według Langego mniejszą odgrywa rolę charakter, otoczenie i przeżycie, jak podłoże i gotowość urojeniowa, stanowi o tyle pojęcie nozologiczne, że wszystkie przypadki przebiegają symptomatologicznie jednakowo, wykazują genezę systemu urojeniowego, a praktycznie posiadają identyczne znaczenie. Parafreniczna postać paranoi Kraepelina stanowi często łagodną postać schizofrenji Bleulera.

Nietypowe parafrenje są różnego rodzaju, stanowią lub reprezentują: 1) psychozę okresową, 2) jeden z etapów na tle poprzednich wybuchów schizofrenji, 3) wstęp do okresów końcowych schizofrenji. Prócz pierwszej z tych grup, której opracowanie oddzielne zapowiada Kolle, wszystkie inne parafrenje należą do koła schizofrenicznego. Studja genealogiczne okazują się w tej dziedzinie znakomitem uzupełnieniem pracy psychopatologiczno-klinicznej. Tyle w głównych zarysach zawiera pierwsza połowa książki. Bardziej nużącą i jednocześnie bardziej podstawową jest druga część monografji poświęcona dokładnej kazuistyce. Chodzi w niej autorowi o to, aby z historji chronicznych chorób umysłowych, obejmujących czasem u jednego chorego, błądzącego przez dziesiątki lat po różnych zakładach, liczne anamnezy i katamnezy i setki stronic tekstu, wydostać lub ustalić „typ" archiwalny, oparty na pewnym stałym schemacie. A brzmi ów schemat u autora w przybliżeniu: 1) Budowa ciała, 2) Choroby somatyczne, 3) Zatrucia (alkohol, nikotyna, morfina), 4) Sfera płciowa, 5) Swoistość osobowości (dane ogólne, analiza mowy i pisma), 6) Dane sądowo-lekarskie, 7) Biografja okresu przedobserwacyjnego, 8) Historja choroby łącznie ze wszystkiemi anamnezami i katamnezami.

Podanie imion i nazwisk nieuleczalnie chorych ułatwia pracę lekarzowi, do którego się dostaje chronik-paranoik.

H. Higier (Warszawa).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Chirurgja Kliniczna, tom III, zeszyt 1, z roku 1931: J. Krotowski: Badanie przemiany węglowodanowej i jego znaczenie w schorzeniach chirurgicznych trzustki. — F. Skubiszewski: Późne zmiany anatomopatologiczne trzustki w następstwie jej martwicy. — J. Kanarek: O przerzutach wola złośliwego. — St. Nowicki: Polipowatość odbytnicy. — J. Zaremba: Operacje wytwórcze stawów sztywnych.

Zdrowie, rok XLVI, nr. 13—14, z 1 sierpnia 1931: Pamiętnik Zjazdu Higjenistów Polskich — Gdynia 21 i 22 czerwca 1931. — K. Karaffa-Korbutt, F. Kasperowicz i A. Safarewicz: Nadzór nad artykułami żywności i przedmiotami użytku w Polsce. — K. Dietrich: Samorządowa organizacja Służby Zdrowia małych miast i wsi. — Kl. Łazarowicz: Sprawa zabudowy osiedli z punktu widzenia zdrowotności publicznej. — A. Krysiński: Stan sanitarny województwa pomorskiego. — P. Gantkowski: Zapobieganie chorobom społecznym w miastach portowych. — J. Batko: Organizacja władz sanitarnych portu i miasta portowego. — J. Sęczyc: O zwalczaniu ostrych chorób zakaźnych w portach i miastach portowych. — W. Borkowski: Zapobieganie chorobom wenerycznym i zwalczanie nierządu w portach i miastach portowych. — K. Pomianowski: Wodociągi i kanalizacja Gdyni. — Z. Rudolf: Urządzenia techniczno-sanitarne w portach i miastach portowych. — E. Kątkowski: Zadanie sanitarnej techniki w porcie i mieście portowem.

Wiedza lekarska, rok V, zeszyt 8, z sierpnia 1931: M. Girszowicz: W sprawie leczenia „Policythaemia rubra" preparatami śledziony. — Fr. Sienicki: O leczeniu zapaleń płuc u dzieci.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 36, z 6 września 1931: E. Hermanowska i L. Morawska: Badanie leków zapomocą papierków z odczynnikami. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości weterynaryjne, rok XIII, tom X, Nr. 133, z sierpnia 1931: K. Łopatyński: Zaparcia typu okrężnicy i jelita ślepego u koni.

Lekarz wojskowy, rok XII, tom 18, nr. 1/2 z lipca 1931: J. Celarek i S. Stetkiewicz: Szczepienia ochronne anatoksyną tężcową i kombinacją szczepionki tyfusowej z anatoksyną. — W. Lindeman: Krzywa oddechowa. — A. Zamłyńska: Badanie wydolności układu krążenia. — J. Fegler i B. Bartenbach: Badania nad wartością leczniczą tlenu wprowadzonego drogą pozapłucną. — C. Rymkiewicz: W sprawie badania bakterjologicznego wydzieliny z szyjki macicy.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 36, z 3-go września 1931: Z. Srebrny: Zagajenie Akademji ku czci ś. p. Dr. Kazimierza Dłuskiego. — Cz. Wroczyński: Kazimierz Dłuski jako człowiek i lekarz. — H. Rygier: Dr. Kazimierz Dłuski jako prezes Polskiej Konfederacji Pracowników umysłowych. — M. Skokowska-Rudolfowa: Metody rozpoznawania, klasyfikacji i leczenia suchot płucnych w sanatorjum Trudeau. — Z. Świder: Spostrzeżenia nad naciekami wczesnemi. — H. J. Landau: Nowsze prace z dziedziny gruźlicy (Streszcz. zbior.). — B. Glass: Praca społeczna na sali gruźliczej.

Dziennik urzędowy Izb Lekarskich, rok II, Nr. 9, z 1 września 1931: Z Izb lekarskich terytorjalnych. — Listy członków Izb Lekarskich: krakowskiej, lwowskiej, łódzkiej, poznańsko-pomorskiej, warszawsko-białostockiej, uprawnionych do głosowania do Rady.

Pedjatrja Polska, tom XI, zeszyt 3, za maj i czerwiec 1931: T. Mogilnicki: Diagnostyczne i prognostyczne znaczenie badania cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym u dzieci w przebiegu zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych. — W. Głowacka: Z praktyki szczepień przeciwbłoniczych w przychodni P. Z. H. — St. Gutentag: Szczepienia ochronne przeciwpłonicze w szkołach powszechnych m. Łodzi i płonica wśród dzieci uodpornionych. — H. Kadys: Przyczynek do leczenia płonicy. — R. Raczyński: Przypadek osteochondroma multiplex u chłopca 7-letniego. — J. Frühaufowa: Zaburzenia łaknienia u dzieci.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XX, nr. 9, z 1 września 1931: A. Mester: Z wycieczki naukowej do Francji. — L. Korczyński: Warsztaty pracy dla fachowców przemysłu uzdrowiskowego. — St. Lewicki: Próba uregulowania diety w polskich zdrojowiskach. — K. Keilhack: Pochodzenie geologiczne i znaczenie torfowisk.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 17, z 1 września 1931: Wybory do Izb Lekarskich. — Cz. Wroczyński: Praktyka lekarska a medycyna społeczna. — Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — Sprawy kas chorych.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

Z. 15—16. — 1930.

Jacques: *Contribution à la physiologie normale de l'oreille moyenne.*

Według Helmholtza fale głosowe dochodzą do ucha wewnętrznego za pośrednictwem błony bębenkowej, kosteczek słuchowych i okienka owalnego. Autor występuje przeciw tej teorji przewodzenia fal i przytacza 2 fakty, wyjaśniające jego stanowisko:

1) Jeżeli przy katarze wysiękowym ucha środkowego powoli usuwamy płyn z jamy bębenkowej, to słuch nie ulega żadnej zmianie mimo, że okienko owalne uwalnia się z płynu. Dopiero z chwilą, kiedy okienko okrągłe staje się wolne, słuch nagle wraca.

2) Jeżeli w jamie bębenkowej opróżnionej przez ropienie, przyłożymy kuleczkę waty zamoczonej w glicerynie do okienka owalnego, to słuch się nie zmienia. Jednak przy zetknięciu kuleczki z okienkiem okrągłem następuje wybitna poprawa słuchu. Autor tłumaczy to w ten sposób, że dzięki głębokości niszy okienka okrągłego — kuleczka z waty nie dochodzi aż do głębi tej niszy lecz zamyka w niej pewną małą ilość powietrza; w ten sposób zostaje jak gdyby zrekonstruowana miniaturowa jama bębenkowa, co sprzyja przewodzeniu fal głosowych.

Z powyższych faktów autor wyciąga wniosek, że przewodzenie głosu odbywa się drogą powietrzną i to poprzez okienko okrągłe.

Z. 17—18.

Portmann, Despons et Retrouvey: *Les séquelles vestibulaires de l'encéphalite épidémique.*

Zaburzenia przedsionkowe spotykane w chorobie Parkinsona występują z jeszcze większą stałością w następstwie nagminnego zapalenia mózgu. Zaburzenia te wywołują: 1) objawy podmiotowe: zawroty głowy; 2) objawy przedmiotowe: zaburzenia równowagi ciała i zmiany oko-ruchowe; 3) objawy czynnościowe charakteryzujące się zmianami pobudliwości przedsionkowej a mianowicie głównie zniesieniem lub zmniejszeniem tejże pobudliwości.

Alexandre Rejto: *Du Cholestéatome. Des principes nouveaux dans la thérapeutique du cholestéatome.*

Najbardziej charakterystyczną cechą perlaka jest — zdaniem autora — jego zawartość cholesteryny. Autor uważa za słuszne zapatrywanie Lautenschlägera, według którego czynnikiem niszczącym w perlaku jest działanie chemiczne cholesteryny a nie ucisk mechaniczny guza, jak do niedawna mniemano. Cholesteryna jest obecną w różnych częściach organizmu, także w żółci, krwi i nasieniu męskiem, ale nigdzie niema jej tyle co w perlaku ucha środkowego. W normalnym naskórku znajduje się 10.6% cholesteryny, natomiast w perlaku dochodzi do 18—23%. Naskórek zmienia się w perlaku w odpowiednich warunkach: temi są wilgoć i brak tlenu. Z tego praktyczny wniosek dla leczenia ropnego zapalenia ucha środkowego: usuwać wilgoć, wysuszać ucho, dostarczać mu tlenu. Przy już wytworzonym perlaku należy wykonywać jeszcze jedną czynność a mianowicie usuwać cholesterynę. Autor czyni to zapomocą czterochlorku węgla CCl_4 (produkt dziegciowy), w którym cholesteryna się rozpuszcza; środek ten nie drażni ucha (w odróżnieniu od alkoholu i chloroformu, które też rozpuszczają cholesterynę) a chorzy znoszą go bardzo dobrze.

Własność rozpuszczającą czterochlorku można też wyzyskać do rozpoznania perlaka. Autor czyni to w ten sposób, że zapuszcza czterochlorek do ucha na 10—15 minut, poczem go wyciąga i miesza w epruwetce z odpowiedniemi odczynnikami; jeżeli płyn ten zawiera cholesterynę, wówczas nabiera charakterystycznego zielonego koloru, którego nasilenie jest proporcjonalne do ilości cholesteryny.

Come Ferran: *Du rôle du tabagisme comme agent d'aggravation des surdités.* Z. 19.

Przez *„tabagisme"* rozumie autor używanie tytoniu i pobyt w lokalach zadymionych. Czynnik ten zdaje się nie mieć wpływu na uszy zdrowe, jednak może spowodować wybitne pogorszenie chorób ucha środkowego a przedewszystkiem wewnętrznego. Prawdopodobnie chodzi tu o zaburzenia nerwowo-odżywcze. Chorzy z upośledzeniem słuchu powinni więc bezwzględnie unikać tytoniu.

Dandin-Clavaud: *Procédé d'évidement des amygdales par l'électro-coagulation.* Z. 20.

U chorych, cierpiących na przewlekłe zapalenie migdałków a nie mogących się zdecydować na wyłuszczenie migdałków stosuje autor elektrokoagulację. Należy jedną elektrodę wprowadzić do głębi krypt a drugą (czynną) atakować powierzchnię migdałka. Naogół jedno posiedzenie wystarcza a wyniki są dobre.

Dutheillet de Lamothe: *Les injections sclérosantes, traitement de choix des hypertrophies de la muqueuse nasale, sans malformations osseuses sous-jacentes.* Z. 22.

Autor jest przeciwnym resekcjom i kauteryzacji muszli nosowych w przypadkach czystego przerostu błony śluzowej. W miejsce tych zabiegów poleca wstrzykiwania 5% uretanu chininy, co powoduje ściągnięcie się a przez to zmniejszenie błony śluzowej. W 75—80% przypadków osiągnięto pomyślne wyniki.

Secouse et Retrouvey: *Les injections intratrachéales de lipiodol.* Z. 24.

Wstrzykiwania lipjodolu do tchawicy mają znaczenie lecznicze i rozpoznawcze. Zwłaszcza w przypadkach katarów ropnych oskrzeli wywierają one korzystny wpływ na przebieg choroby, powodują zmniejszanie się kaszlu i wykrztusin, poprawę ogólnego stanu i obniżenie temperatury. Rozpoznawczo odgrywają ważną rolę w przypadkach zwężeń oskrzeli i ciał obcych w oskrzelach tudzież w przypadkach jam płucnych. Natomiast wstrzykiwania lipjodolu do ropni płuc dają rentgenologicznie wynik niepewny, ponieważ otwór ropnia może być zamknięty przez wydzielinę; obrazy dodatnie są ciemne, o konturach policyklicznych.

Technika wstrzykiwań: istnieją 2. drogi: naturalna przez głośnię i zewnętrzna poprzez tchawicę wzgl. błonę tarczowo-pierścienną. Niebezpieczeństwa wstrzykiwań są minimalne: tylko w bardzo rzadkich przypadkach przychodzi do zaburzeń płucnych (zapalenie płuc), jeszcze rzadsze są objawy zatrucia jodowego.

Dr. J. Spira (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XX posiedzenie naukowe z dnia 19 czerwca 1931.

Przewodn.: Kol. J. Marischler.

Na wstępie Kol. Przewodniczący wygłosił wspomnienie pośmiertne o byłym członku Twa ś. p. W. Hojnackim, którego pamięć obecni uczcili przez powstanie.

1. Odczytanie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. W. Ziembicki przedstawił zdjęcia rentgenowskie przypadków: a) igły w polu płucnem, połkniętej przez osobę neuropatyczną, która w celu zmylenia lekarzy, kilka dni później wbiła sobie drugą igłę pod pierś, pokazując, że w ten sposób wyszła igła połknięta (wykonane ponowne zdjęcie rentgen. wykazało to samo położenie igły połkniętej); b) nowotworu w okolicy wpustu żołądka z równoczesnemi rozległemi zmianami w płucach na tle gruźliczem, które rentgenolog uważał za przerzuty nowotworowe; c) znacznego stopnia zwężenia przełyku na tle zmian kiłowych, z ustąpieniem objawów po leczeniu swoistem, oraz d) przedstawił przypadek znacznego przemieszczenia serca ku tyłowi pomiędzy kręgosłup a łopatkę lewą — po zapaleniu opłucnej, — co dawało objawy wysięku z tyłu po stronie lewej.

W dyskusji Kol. Pisek: przypadek przemieszczenia serca, — przemieszczenia stałego, — należy do wyjątkowych. O ile mi znana literatura, powiedziałbym, że to unikat. (już po demonstracji przeglądnąłem zbiór Nothnagla, tom 15, tom 12, prace Jürgensena, Schröttera, Vierordta, zbiór Ziemsena (tom VI, strona 200), Petera, Hucharda i w. i. i nigdzie nie znalazłem opisu podobnej nieprawidłowości). Przy fizykalnem badaniu nie ulega żadnej wątpliwości, że serce jest przemieszczone mniej więcej w jednym poziomie wprost ku tyłowi, może nieco ku linji pachowej tylnej, lewej. Podkreślić należy brak wszelkich objawów podmiotowych — duszność minimalna wysiłkowa; zresztą mimo niewątpliwie zmienionej topografji głównych pni naczyniowych, mimo lekkiego skrzywienia kręgosłupa piersiowego ku stronie prawej — żadnych podmiotowych objawów patologicznych. Dlaczego u jednego chorego drobne zagięcie żyły pustej górnej czy dolnej, drobne przemieszczenie łuku tętnicy głównej i t. d. wytwarza już nieraz znaczne dolegliwości — nawet gdy te zmiany zwolna się rozwinęły — a u innych chorych — jak w przedstawionym przypadku, — żadnych niema objawów — pozostaje rzeczą niewyjaśnioną.

Kol. Marischler przypuszcza na podstawie badania fizykalnego, że może tu wchodzić ponadto w rachubę rozszerzenie oskrzela. Celem wyjaśnienia tej kwestji wskazana jest bronchografja.

Kol. T. Ostrowski brak objawów przy tak znacznem przemieszczeniu serca tłumaczy sobie powolnem postępowaniem przemieszczenia w przypadkach na tle zapalnem, podczas gdy po sztucznej odmie przemieszczenie śródpiersia występuje nagle. Wobec braku dolegliwości nie widzi w przedstawionym przypadku wskazania do ewentualnego zabiegu operacyjnego.

Kol. A. Falkiewicz w związku z przemówieniem Kol. Piseka wspomina o badaniach nad zachowaniem się ciśnienia żylnego pod wpływem przemieszczenia serca i skręcenia tegoż dookoła osi pionowej po jedno lub dwustronnej odmie sztucznej, przeprowadzonych wraz z Kol. Hornungiem w Klinice wewn. Badania owe wykonane u chorych z różnym stopniem przemieszczenia serca i w różnym czasie po wystąpieniu przemieszczenia wykazały, że wzrost ciśnienia żylnego w tych przypadkach jest nieznaczny, sięga średnio 2—4 cm słupa wody ponad poziom normalny.

Kol. Schramm nie widzi w przypadku przedstawionym wskazania do zabiegu operacyjnego.

3. Kol. Hilarowicz przedstawił:

a) *przypadek apikolizy połączonej z plombą szczytu płuca prawego wykonanej u chorej* przysłanej z Hołoska. Wskazaniem do operacji była gruźlica, dotycząca prawie wyłącznie szczytu prawego, a mianowicie dość duża jama. U chorej wykonano już uprzednio w Zakopanem bezskuteczne próby odmy oraz przecięcie nerwu przeponowego. Operację wykonano metodą własną z cięcia hakowatego od tyłu, zwróconego wypukłością na zewnątrz, przecinającego wiązki mięśnia kapturowego i odpierającego część jego przyczepu od łopatki z następowem wychyleniem mięśni rombowych na tępo. Wycięto rozlegle żebro 3 e, 2 e, i 1 e aż do obojczyka, oddzielono jeszcze ręcznie opłucną ścienną od resztek żeber, a tak powstałą wielką jamę wypełniono szczelnie wielkim kawałem tkanki tłuszczowej własnej, wziętej z pod skóry na brzuchu pacjentki zresztą dobrze odżywionej. Szczelny szew mięśni ponad plombą. Przebieg pooperacyjny idealny. Pokaz rentgenogramów przed i po operacji; na tym ostatnim widoczne całe pole płucne aż do żebra trzeciego jednostajnie zaciemnione przez przeszczepioną plombę tłuszczową. Fizykalne objawy kawerny ustąpiły miejsca zupełnemu stłumieniu. Stan demonstrowanej chorej doskonały. Na znaczenie i wartość pneumolizy oraz plombowanie zapatruje się mówca następująco: Nie jest ona w stanie zastąpić torakoplastyki zupełnej, ze względu na niebezpieczeństwa oddzielania większych partyj płuca i konieczności używania wielkich plomb parafinowych, przedstawiających liczne ujemne strony. Natomiast pełne uzasadnienie ma apikoliza z plombą jako 1) dopełniająca operacja po torakoplastyce 2) po nieudałych próbach kompresji szczytu płuca zapomocą odmy, 3) w niektórych przypadkach podgojonej gruźlicy ograni-

czonej do kawern szczytowych, podtrzymujących wydzielinę i gorączkę. Co do wyboru materjału do plombowania jest mówca zwolennikiem własnej tkanki tłuszczowej, która wgaja się dobrze nawet przy niecałkiem aseptycznym przebiegu, a według badań Lexera i Rehna zachowuje swe pełnowartościowe własności tkanki tłuszczowej. Ważną rzeczą jest technika apikolizy, która winna być połączona z rozległą resekcją górnych trzech żeber, a to w celu uniknięcia przedarcia ścian kawerny; cięcie winno gwarantować dobry dostęp do szczytu i mocne zamknięcie mięśniowe zaplombowanej jamy — warunki spełnione przez metodę przedstawioną. 2) Chorą 52 letnią, u której dokonano resekcji przełyku na wysokości *jugulum* z powodu bliznowatego zwężenia jako pierwszy akt ezofagoplastyki przedniej sposobem Roux-Lexera; wskazaniem do operacji było zwężenie bardzo znaczne, nie dające się przejść najcieńszą sondą i rozpoznanie prawdopodobne — rak przełyku wobec dwukrotnie stwierdzonego ujemnego Wassermanna. W znieczuleniu awertynowem odsłonięto przełyk na szyi, resekując część zwężoną przez guz wielkości orzecha włoskiego, poczem odcinek dolny zamknięto przez wgłobienie, górny wywleczono na szyi, jako otwór przyszłej plastyki. Badanie mikroskopowe stwierdziło w wyciętym guzie zmiany przewlekłe zapalne, które odpowiadają mimo ujemnej R. W. zejściu sprawy swoistej.

b) Przypadek perlaka *(cholesteatoma)* jamy czołowej prawej u mężczyzny 33-letn., który zgłosił się do kliniki z powodu wypuklenia okolicy nadoczodołowej prawej, przemieszczenia gałki ocznej w dół i nazewnątrz oraz niedrożności przewodu nosowego prawego. Roentgen wykazał znaczne rozdęcie jamy czołowej prawej we wszystkich kierunkach oraz wypełnienie jej cieniem dość intenzywnym.

Rozpoznanie: *Mukocele?* Przy operacji stwierdzono, iż jama jest wypełniona plastyczną masą barwy brunatnawej, silnie krwawiącą przy wyłyżeczkowywaniu. Usunięto pełną garść powyższych mas, dochodząc do ścieńczałych ścian kolosalnie rozdętej jamy, sięgającej daleko w głąb czaszki, krwotok opanowano tamponadą. Omówienie etjologji anatomji i kliniki perlaków. Przypadek przedstawiony należy do wielkich rzadkości.

W dyskusji przemawiali Kol. Węgrzynowski i Kol. T. Ostrowski.

4. Kol. Gruca: *Pokazy z zakresu chirurgji plastycznej kończyn.*

a) *Przypadek plastyki stawu biodrowego.*

J. K. lat. 36. od 16 lat dolegliwości w biodrze. Ostatnio bóle nocne, przykurcz, ograniczenie ruchomości. Rentgenologicznie zanik szpary stawowej oraz objawy zniepuodabniającego zapalenia o typie przerostowym.

29. XI. 1929 wykonano plastykę stawu biodrowego. Obecnie staw zupełnie niebolesny, ruchy bez ograniczeń, statyka kończyny prawidłowa.

b) *Przypadek nawykowego zwichnięcia ramienia.*

A. S. lat 28. od trzech lat nawykowe zwichnięcie ramienia, występujące kilka razy do roku. 13. XII. 1930. wykonano operację sposobem Oudard'a (zaszczepienie i przedłużenie ku dołowi wyrostka kruczego łopatki). Od tego czasu zwichnięcie nie powtórzyło się — ruchy kończyny prawidłowe. Zabieg ten jest bardzo prosty i łatwy.

c) *Przypadek zwichnięcia wrodzonego biodra.*

N. W. lat 17, od pięciu lat bóle w biodrze przy chodzeniu. Ostatnio bóle również w nocy. Kończyna skrócona — odwodzenie ograniczone. Rentgenologicznie — panewka płaska, główka mało zdeformowana opiera się o miednicę ponad panewką.

Przed pięciu miesiącami wykonano u chorej plastykę dachu panewki sposobem Lance'a — zmodyfikowanym przez autora: odchylenie elastycznej blaszki z miednicy tak, że pokryto całą główkę od góry — wypełnienie powstałej szczeliny wiórami kostnemi i podparcie pierwszej blaszki drugą prostopadłą, wklinowaną w miednicę — obecnie powstał solidny — półkulisty dach nad główką. Ruchy biodra, jak przed zabiegiem. Objawu Trendelenburga brak.

d) M. N. lat 19. Przed dwu laty amputacja przedramienia powyżej nadgarstka po skaleczeniu granatem. Przed 6 miesiącami wykonano u chorego plastykę kikuta sposobem Kruckenberga i utworzono z kości łokciowej i promieniowej przez rozszczepienie i przeszczepienie mięśni — parę szczypiec — które chory dowolnie otwiera i zamyka — może brać i utrzymywać nawet ciężkie przedmioty i ma doskonałe czucie.

W ten sposób przeobrażona kończyna zmniejsza w znacznym stopniu ciężkie kalectwo, jakie stanowi odjęcie dłoni. Ostatnio zaopatrzono chorego w protezę typu Fusaroli, której palcami chory porusza dowolnie zapomocą ruchów rozszczepionych kości przedramienia.

5) Kol. Knossow i Rosenbusch wygłosili wykład p. t. *O działaniu żółciopędnem wód truskawieckich i wpływie ich na wydzielanie moczu.* (Pol. Gaz. Lek. nr. 29—30. 1931).

XXI posiedzenie naukowe odbyte dnia 26 czerwca 1931 r.

Przewodniczący: Kol. J. Marischler.

1. Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2. Kol. Hilarowicz przedstawił: *Preparat wielkiego guza uzyskanego operacyjnie.* Guz leżał pozaotrzewnowo wypełniając cały brzuch, a został usunięty (Prof. Schramm) po nacięciu otrzewny i uciążliwem oddzieleniu go od nerki, trzustki, esicy, naczyń biodrowych. Guz przedstawia się jako śluzako-mięsak.

W dyskusji przemawiał Kol. Schramm podnosząc niektóre szczegóły diagnostyczne i trudności operacyjne w tym przypadku.

3. Kol. Krasowska zademonstrowała *flaszkę Mariotta, jako przyrząd regulujący ciśnienie w klatce piersiowej.*

4. Kol. Grochowalski: Demonstracja przypadku *rozstrzeni oskrzelowych ze zgorzelą,* leczonych odmą sztuczną oraz środkami balsamicznemi i dezynfekcyjnemi z dobrym wynikiem.

5. Kol. Gruca przedstawia: 1) *Dwa przypadki gruźlicy łokcia, leczone resekcją i bezpośrednią plastyką stawu.*

a) S. H., lat 29, od roku chory. Zniesienie ruchomości, zanik mięśni i obrzęk stawu łokciowego. Rentgenologicznie zniszczenie powierzchni stawowych i kłykci z wyraźnemi objawami demarkacji części chorych szkieletu.

12. IV. 1930 wykonano u chorego resekcję z równoczesną plastyką stawu. Po 6 tygodniach chory zaczął pracować na roli i pracuje dotychczas. Zgięcie łokcia jest obecnie prawidłowe — wyprostowanie prawie zupełne, pronacja prawidłowa, supinacja nieco ograniczona. Dolegliwości nie ma żadnych. Rentgenologicznie: gładkie, sklerotyczne powierzchnie nowego stawu.

b) K. D. lat 21. Chora od dwu lat. Objawy *fungus cubiti* z przetoką i wybitnem ograniczeniem ruchów.

Przed dwu miesiącami wykonano resekcję i plastykę stawu. Chora odeszła (z Sanat. Kasy chorych) po dwu tygodniach i zaniedbała leczenia. Obecnie rany zgojone. Zgięcie czynne do kąta prostego — wyprostowanie do kąta ok. 30°, pronacja-supinacja bez ograniczeń. Dolegliwości nie ma żadnych. Stan stale poprawia się.

Przypadki te są zaprzeczeniem dawnego dogmatu, że nie wolno wykonywać plastyki przy istnieniu niezagojonej sprawy swoistej w stawie.

2) *Przypadek gruźlicy kości udowej (stawu biodrowego).* M. E. lat 18, od 4 miesięcy bóle w biodrze. Rentgenologicznie: *Tbc. cystica colli et capitis femoris.* W obrębie szyjki i główki uda szereg jam od wielkości grochu do wielkości orzecha włoskiego — łączących się ze sobą, i dochodzących do chrząstki stawowej. U chorej z małego cięcia wzdłuż krętarza wielkiego oddłutowano zewnętrzną blaszkę krętarza, wyłyżeczkowano treść jam i wypełniono je wiórami kostnemi, pobranemi z kości piszczelowej. Po dwu tygodniach chora mogła bez bólu stawać w gipsie. Obecnie Roentgen wykazuje, że wióra kostne zlewają się w jedną masę i wypełniają jamy w szyjce. — Ruchomość chorego stawu bez ograniczeń.

3) *Przypadek gruźlicy stopy.* K. lat 18. Od dwu lat gruźlica I kości śródstopia, I kości klinowej i łódkowatej, leczona ustaleniem i naświetlaniem bez poprawy. W chwili przyjęcia rozległy obrzęk i zniszczenie chorych kości. Przed dwu miesiącami usunięto chore części szkieletu łącznie z okalającą je ziarniną. W miejsce ubytku wszczepiono odpowiedniej długości, szeroką ok. $1^1/_2$ cm płytkę z kości piszczelowej. Płytka wgoiła się bez powikłań. Po 6 tygodniach chory zdjął gips i zaczął chodzić. Obecnie dolegliwości nie ma żadnych. Stopa jest ustawiona jednak nieco w pronacji, gdyż chory przedwcześnie przerwał leczenie.

4) *Przypadek złamania szyjki kości udowej.* H. W., lat 75, przed tygodniem upadła i doznała międzykrętarzowego złamania kości udowej lewej z odłamaniem części krętarza wielkiego. Po 6 dniach złamanie złożono na stole ortopedycznym bez uśpienia i w znieczuleniu miejscowem nowokainą — złączono odłamki zapomocą gwoździa Steinmanna — przewierconego przez skórę. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje idealne złożenie. Od 3 dnia po złożeniu chora w gipsie siada. Dolegliwości ze strony złamania nie ma żadnych. Powyższy sposób leczenia jest bardzo prosty i łatwy.

5) *przypadek zgniecenia IV. kręgu lędźwiowego.* J. P., lat 20, przed 6 tygodniami przygnieciony ścianą doznał złamania trzonu i wyrostków stawowych IV. kręgu lędźwiowego, przyczem krąg w całości został wysunięty ku tyłowi. Z chwilą przyjęcia istniały objawy niedowładu obu kończyn dolnych bez zaburzeń czucia.

U chorego wykonano laminektomję przy której stwierdzono pęknięcie opony twardej na wysokości złamania. Wypadnięte korzonki *cauda equina* zrośnięte były z kostniną. Korzonki oczyszczono z ziarniny, odprowadzono do worka opony twardej, oponę zeszyto. Do czterech tygodni wszystkie objawy ustąpiły prawie zupełnie.

Tego rodzaju powikłanie złamania należy do spostrzeżeń bardzo rzadkich.

6. Kol. A. Falkiewicz przedstawił 38-letnią chorą *z niedokrwistością złośliwą Biermera*, u której w okresie pogorszenia anemji (ilość c. czerw. 1,200.000 w mm³) wystąpiły objawy ostrej psychozy, które utrzymywały się przez 5 dni, poczem wraz z poprawą obrazu krwi ustąpiły. Następnie omówił pokrótce objawy ze strony systemu nerwowego w przebiegu anemji złośliwej.

7. Kol. Olszewski przedstawił chorego *z rodzinną żółtaczką hemolityczną*, u którego stwierdzono wszystkie typowe objawy dla tego schorzenia. Następnie omówił pokrótce rozpoznanie różniczkowe i nowsze poglądy na etjologję schorzenia.

8. Kol. Hilarowicz przedstawił: a) Chorą u której dokonano *nacięcia przewodu żółciowego wspólnego w części zadwunastnicowej (choledochotomia retroduodenalis)* celem usunięcia wielkiego pojedyńczego kamienia. Po rozszerzeniu brodawki Vatera zapomocą dylatatorjów, zaszyto otwór w przewodzie w zupełności. Szybkie wyleczenie bez utraty żółci. Mowca omawia zalety zamykania pierwotnego nacięcia przewodu żółciowego wspólnego bez drenowania tegoż na zewnątrz oraz sprawę rozszerzania brodawki Vatera stosowanego w ostatnich czasach coraz częściej na klinice.

b) Przypadek t. zw. *degastroenterostomizacji* t. j. usunięcia zespolenia żołądkowo-jelitowego u chorej 20-letniej. U chorej tej po za kliniką założono zespolenie oraz wykonano apendektomję przed 5-ciu laty. Po pewnej poprawie wystąpiły nowe dolegliwości, w ostatnich czasach zwłaszcza wymioty. Roentg.: odźwiernik drożny, *bulbus* prawidłowy, zespolenie nieczynne. Brak lokalnej bolesności, kwasota niska, próba benz. w kale ujemna. Rozpoznanie: „choroba gastroenterostomijna“, nie wrzód trawienny jelita czczego! — Operacja potwierdziła brak wrzodu jelita, oraz wrzodu lub zwężenia w odźwierniku i dwunastnicy. Oddzielenie żołądka od jelita i zaszycie obydwu otworów w poprzek do osi długiej. Przebieg dobry, dolegliwości ustały. Omówienie istoty i etjologji „choroby gastroenterostomijnej“, która zdarza się w razie nieopatrznego założenia zespolenia przy braku wrzodu najczęściej a) u chorych z innem schorzeniem imitującem objawy wrzodu, b) u chorych (kobiet) histerycznych, c) u chorych cierpiących na chroniczny katar żołądka. W wszystkich tych wypadkach stan chorych poprawić można przez planowe usunięcie szkodliwego i niepotrzebnego zespolenia. Metodykę tegoż znormalizowano na klinice Lwowskiej.

c) Przypadek *torakoplastyki całkowitej* u chorego 26-letniego wykonanej z powodu wielkiej jamy, jaka powstała po przebiciu nazewnątrz ropniaka gruźliczego opłucnej lewej, powikłanego nadto połączeniem z kawerną i oskrzelem. Stan chorego przed operacją bardzo ciężki. Torakoplastykę zaczęto od tyłu, z daleka od przetoki, usuwając żebra od 10—1 na znacznej przestrzeni, poczem jama zmniejszyła się znacznie przy wybitnej poprawie ogólnej. Obecnie celem wyleczenia pozostałej jeszcze jamy usunięto żebra z przodu, graniczące z przetoką i otwarto resztkę jamy, uzyskując tem dalsze zapadnięcie się jej ścian oraz chorego płuca. Pozostała jeszcze przetoka wydzielająca jedynie śluz z oskrzela, a więc przetoka oskrzelowa, kurcząca się jednak coraz bardziej. Stan chorego obecnie b. dobry. Pokaz 3-ch rentgenogramów.

W dyskusji Kol. Pisek: u jednego z moich chorych z wrzodem dwunastnicy — zdawało się od dwu lat już wyleczonego — nastąpiło w podróży koleją 14 maja przebicie; natychmiastowa na prowincji wykonana operacja wskutek zrostów zmusiła operatora do nakrycia wrzodu siecią mniejszą i przy nadmiernie wzdętym żołądku do wykonania gastroenterostomji przedniej. 10. dnia przy idealnym przebiegu chory popełnił błąd dietetyczny, (objadł się) w następstwie czego wystąpiły znowu ciężkie przypadłości gastroplegji. Z trudem udało się chorego utrzymać przy życiu i w tym stanie przybył do Lwowa. Po kilkudniowej poprawie występują znów objawy gastroplegii i *„circulus vitiosus“* tak, że okazała się konieczność powtórnej operacji której dokonał Kol. Ruff. Widać, że gastroenterostomja mimo wszystko często zawodzi.

Kol. Ruff wyjaśnia, że w przypadku omówionym przez Kol. Piseka wykonano na prowincji po przebiciu wrzodu gastroenterostomję niedobrze i niepotrzebnie, zamiast zaszycia wrzodu.

Kol. T. Ostrowski w związku z przypadkiem nacięcia przewodu żółciowego wspólnego i wydobycia kamienia wypowiada się raczej za choledochoduodenoanastomozą, a przeciw rozszerzaniu brodawki Vatera. W związku z przypadkiem zupełnej torakoplastyki uważa istniejącą u tego chorego od 2 lat przetokę oskrzelową na zewnątrz za objaw korzystny, wspomagający leczenie.

Kol. Węgrzynowski udziela kilku wyjaśnień w związku z przypadkiem torakoplastyki zupełnej.

Kol. Hilarowicz w odpowiedzi Kol. Ostrowskiemu zaznacza że dylatacji brodawki Vatera nie wykonuje nigdy w razie stwardnienia okolicy tejże, względnie całej głowy trzustki i w tych razach wykonuje chętnie zespolenie przewodu żółciowego z dwunastnicą. W wypadku przedstawianym obrana metoda była najprostszą, najkrótszą i dla chorej, zresztą bardzo wynędzniałej, najlepszą.

8. Kol. Naróg przedstawia przypadek *plastyki z przeszczepieniem wolnego płata przy zroście powiek z rogówką*.

A. Falkiewicz, sekretarz doroczny.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół uroczystej Akademji ku uczczeniu pamięci ś. p. Profesora Bronisława Sawickiego, odbytej w dniu 2 czerwca 1931 roku

ze współudziałem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, Towarzystwa Chirurgów Polskich, Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego i Towarzystwa Lekarskiego Siedleckiego.

Prezes: Witold Orłowski.

1) Kol. Prezes, zagajając Akademję, wzywa obecnych do uczczenia pamięci Zmarłego przez powstanie i jednominutową chwilę skupienia.

2) Kol. A. Leśniowski wygłosił przemówienie p. t. „Ś. p. Bronisław Sawicki jako lekarz i profesor Uniwersytetu“.

3) Kol. W. Łapiński skreślił działalność społeczno-lekarską ś. p. Bronisława Sawickiego (streszczenie własne).

Działalność lekarsko-społeczna ś. p. Bronisława Sawickiego była samorzutnem,wprost koniecznem, uzupełnieniem Jego pracy lekarsko-zawodowej. Szpital dla Sawickiego był umiłowanym terenem pracy klinicznej w najszerszem jej ujęciu, a rozwój szpitalnictwa stanowił zarazem troskę od zarania do końca działalności lekarskiej Sawickiego.

Prowadził Sawicki pierwsze dwadzieścia parę lat swej pracy zawodowo-szpitalnej w najcięższych warunkach politycznych, w okresie zupełnego zaniedbania szpitali Warszawskich, w czasie rządów nawskróś biurokratycznych, t. zw. Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej. W szeregu artykułów w pismach lekarskich poddaje Sawicki rzeczowej, a jednak ostrej i opartej na gruntownej znajomomości przedmiotu, krytyce całą ówczesną gospodarkę szpitalną. Pod naciskiem opinji publicznej lekarskiej i wprost katastrofalnych stosunków, władze rosyjskie po blisko 40-letnich nieudolnych rządach Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej przekazały w r. 1907 Szpitale Warszawskie Magistratowi m. Warszawy, który przeprowadził wkrótce szereg pożytecznych ulepszeń.

Wobec zmienionych na korzyść warunków rozwija Sawicki w tej dziedzinie w dalszym ciągu żywą działalność, wysuwając cały szereg postulatów pożytecznych. Sawicki ogarniał gruntownie całość zagadnień szpitalnych i znał doskonale szpitalnictwo Europy zachodniej; zyskał też sobie w tej dziedzinie wielki posłuch i autorytet w społeczeństwie, dzięki licznym gruntownie opracowanym odczytom i referatom. Był założycielem Sekcji Szpitalnictwa przy Tow. Lek. Warsz., z której przy Jego najczynniejszym współudziale powstało w r. 1930 Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa. Był najpracowitszym i pełnym inicjatywy członkiem pozostałej w r. 1917 Rady Szpitalnej — organu doradczego przy Wydziale Szpitalnictwa i Opieki Społecznej.

Należy stwierdzić, że jeżeli Szpitalnictwo Warszawskie osiągnęło w ostatnich paru dziesiątkach lat poziom obecny, to stało się to w wielkiej mierze dzięki niezmordowanej akcji propagandowej Sawickiego.

Interesował się też Sawicki — poza Szpitalnictwem — licznemi innemi zagadnieniami lekarsko-społecznemi, jak np. Kasa Wsparcia dla Wdów i Sierót po lekarzach, rozwój przemysłu techniczno-lekarskiego, a zwłaszcza rozwój naszych zdrojowisk i uzdrowisk, które znał dobrze i którym szereg prac poświęcił. Był też inicjatorem ułożenia wykazu oryginalnych prac polskich i wziął czynny udział w opracowaniu książki, zawierającej taki wykaz za lata 1831—1890.

Działalność społeczna Sawickiego była naturalnym, koniecznym przejawem Jego najgłębszych pierwiastków duchowych: były niemi wielkie, najczystsze umiłowanie własnego Narodu i z tegoż umiłowania wypływający i nieodłącznie z niem związany imperatyw czynu. Tego nakazu wewnętrznego przejawem była owa, przez całe życie cechująca Sawickiego, niespożyta siła popędowa, która, udzielając się otoczeniu, była źródłem wielu poczynań twórczych.

Poza działalnością lekarsko-społeczną, brał Sawicki udział w miarę sił, możności, środków, czasu, w wielu sprawach natury ogólnej, mających dobro ogólne na celu; np. akcja o wykłady religji w języku polskim na Podlasiu, udział w Wszechsłowiańskim Związku Lekarzy, utrzymywał rozległe stosunki z Polakami, przebywającymi na obczyźnie; słowem, żył w pełni życiem swego Narodu, gorąco przeżywał jego powodzenie i troski.

Ubył jeden z najlepszych synów Narodu, przedstawiciel najgodniejszy dawnego pokolenia działaczy, wzór dla wchodzącego obecnie w życie pokolenia młodego.

4) Kol. Podkóliński odczytał w zastępstwie nieobecnego kol. Bączkiewicza odczyt p. t. „Kartka z działalności ś. p. Prof. B. Sawickiego na polu obywatelskiem i filantropijnem" (streszczenie własne).

Wśród przemówień, poświęconych tak wielostronnej naukowej działalności ś. p. Prof. B. Sawickiego, niech dozwolonem tu będzie załączyć jeszcze jedno wspomnienie z działalności ukochanego Profesora. Wspomnienie, świadczące o wielkiej, zacnej Jego duszy, jako obywatela-Polaka i lekarza.

Było to w drugiej połowie 1893 roku, a więc 38 lat temu, wówczas nad Królestwem Polskiem, tą połacią naszej Ojczyzny, która dostała się pod zabór cara, zaciążyła ciężka ręka satrapów rosyjskich. Dążność do rusyfikacji kraju szła pośpiesznie, a pod przemożnym protektoratem Pani Generał-Gubernatorowej Marji Andrejewny Hurko, Czerwony Krzyż rosyjski coraz mocniej i silniej zaczął się rozwijać i garnąć pod swe opiekuńcze skrzydła, nietylko słabsze w charakterze jednostki polskie z inteligencji, ale i lud biedny.

Czerwony Krzyż rosyjski otwierał liczne ambulatorja, lecznice i szpitale, szerząc naturalnie wśród ludności polskiej uznanie dla medycyny rządowej i wzbudzając wdzięczność dla jej przedstawicieli, a naturalnie nie opuszczając każdej sposobności do rusyfikacji.

Wówczas to szereg wybitniejszych jednostek społeczeństwa polskiego postanowił przeciwdziałać tej robocie podstępnej i poszedł w walce tą samą drogą.

Bez statutów pisanych, drogą konspiracyjną, zawiązało się grono ludzi pod cichą nazwą „Białego Krzyża" i wzięło sobie za zadanie tworzyć również ambulatorja, lecznice i szpitale z obsadą naturalnie dobranego personalu lekarskiego, pielęgniarskiego i służebnego z zadaniem nietylko udzielania pomocy leczniczej, ale zarazem wnikania w inne potrzeby materjalne i moralne biednej ludności i oddziaływania na nią.

Pod auspicjami tego właśnie Towarzystwa powstał szpital dla dzieci przy ul. Ogrodowej. Gdy organizator tego Zakładu zwrócił się do ś. p. Dra Sawickiego, wyłuszczył mu zadania i cele Zakładu, jednej minuty Dr. Sawicki się nie zastanawiał i przyrzekł swą współpracę, jako chirurg, mało powiedzieć jako chirurg, przedewszystkiem jako Obywatel-Polak, a nadto jako troskliwy Ojciec biednego ludu. Jako ówczesny asystent kliniki chirurgicznej, po zajęciach w niej, dążył on przez 9 lat do Zakładu dla dzieci, położonego w przeciwległej stronie miasta, aby tam nieraz 2—3 godziny swego drogocennego czasu nieść w ofierze dla dobrej sprawy, dla cierpiącej dziatwy, aby swą ojcowską ręką koić ich cierpienia i szlachetnem sercem odczuwać ich niedolę. A ileż to cennych rad i wskazówek już wówczas udzielał młodszym kolegom, którzy się przy nim w szpitaliku zbierali. Stworzył On tu poważną placówkę chirurgji dziecięcej w naszem mieście.

Obowiązek nakłada szczytne zadanie, aby tu w tej smutnej, a tak uroczystej chwili, dziś, o tej Jego działalności przypomnieć, aby w imieniu owego grona obywateli, z którego już dziś wielu nie żyje, złożyć hołd wdzięczności za współpracę w tych ówczesnych dążeniach, a w imieniu biednej, polskiej dziatwy stokroć dziękować za pracę, wysiłek, wiedzę i serce, które tak hojnie udzielał młodemu pokoleniu polskiemu.

I na tem stanowisku wniósł On cenne pierwiastki Swego promiennego ducha, pierwiastki miłości chorego, umiłowania zawodu i dar nauczania.

Cechy te obok prostoty współżycia koleżeńskiego budziły w otaczających go uczucie zaufania i szacunku, dla twórczej Jego pracy, dla dostojeństwa Jego ducha.

Gdy opuścimy tę salę i wyjdziemy pod wrażeniem, żeśmy obcowali z duchem ś. p. Profesora, niech lotna myśl nasza, niech dźwięczny ton żałosny naszych serc, będą przewodnikami tych uczuć, które kierujemy w zaświaty, aby do Niego doszły, aby dały dowód, że duch Jego czysty, aczkolwiek odszedł od nas, ale promieniuje wśród nas, jako duch świetlany, Jego bowiem promienie jak za życia ziemskiego, tak i nadal wzniecają wśród wspomnień zarzewie miłości Ojczyzny, miłości chorego i miłości wiedzy.

Non omnis mortuus est.

5) Kol. W. Szumlański przedstawił „Działalność ś. p. Dra Bronisława Sawickiego, jako członka Redakcji Gazety Lekarskiej" (patrz Pol. Gaz. Lek. Nr. 26, r. 1931, str. 530).

6) Kol. A. Jarosiński wygłosił przemówienie p. t. „Ś. p. Br. Sawicki — pierwszy członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego Siedleckiego" (streszczenie własne).

Podlasie, gdzie się urodził i wychowywał Dr. Br. Sawicki, było terenem, na którym stale odbywała się walka Wschodu z Zachodem.

Walka ta bezkrwawa toczyła się dwoma łożyskami — lud siedlecki przeciwstawiał się prawosławiu, inteligencja podlaska podtrzymywała ducha w narodzie. Dr. Sawicki był bardzo zasłużonym w tej walce.

Pomijam zasługi Dra Sawickiego dla Podlasia wogóle, wspomnę tylko o zasługach Jego przy tworzeniu i rozwoju Tow. Lek. Siedleckiego — jedynej na Podlasiu instytucji naukowej Polskiej, powstałej na Podlasiu w czasach naszej niewoli. Głównie zawdzięczając energji Dra Sawickiego, placówka ta powstała i pomyślnie się rozwijała.

Tow. Lek. Siedleckie powołało Dra Sawickiego na swego członka honorowego, składając tem hołd zasługom Jego.

Świetlana postać Dra Br. Sawickiego dla przyszłych pokoleń lekarskich na Podlasiu pozostanie na zawsze wzorem cnót lekarza-Polaka i obywatela.

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 9-go czerwca 1931 roku.

Prezes: Witold Orłowski.

1) Protokół posiedzenia naukowego z dnia 26 maja przyjęto.

2) Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie o ś. p. Drze Tadeuszu Trzcińskim (streszczenie własne).

Dnia 31 maja 1931 r. zmarł w Warszawie ś. p. Tadeusz Trzciński, jeden z najdawniejszych, bo od roku 1887, członków czynnych naszego Towarzystwa. Ś. p. Tadeusz Trzciński, urodzony w Warszawie w roku 1857, po ukończeniu gimnazjum II-go w mieście rodzinnem, wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który opuścił po 6-letnich studjach ze stopniem lekarza. Zrazu przez pół roku pracował w charakterze asystenta nadetatowego w klinice terapeutycznej, prowadzonej przez Prof. Lambla, poczem objął stanowisko lekarza zakładów górniczych w Starachowicach, pozostając tam przez pół roku. Z końcem roku 1883 wyjeżdża na studja do Wiednia, gdzie uczęszcza przeważnie do klinik chorób wenerycznych i skórnych. Po 6-cio miesięcznym pobycie we Wiedniu, powraca do kraju, aby w maju 1884 roku objąć kierownictwo szpitala ś-go Ducha w Rawie, w ówczesnej gubernji Piotrkowskiej. Ale już w lipcu następnego 1885 r. przenosi się do Warszawy i rozpoczyna tu w charakterze wolontarjusza pracę w klinice chorób wenerycznych i skórnych, pozostając podówczas pod kierownictwem prof. Trautvettera. W kwietniu 1886 roku staje do konkursu publicznego na stanowisko ordynatora w szpitalu św. Łazarza w Warszawie, i stanowisko to otrzymuje w dniu 9 kwietnia 1886 r.

Zebrane powyżej daty i terminy mogłyby z pozoru mówić jedynie o jakiemś niezaradnem rzucaniu się w tę, czy inną stronę, ale w istocie swej są one obrazem doli, czy niedoli, młodego, samodzielnie rwącego się ku wyżynom, a ubogiego lekarza, który bez wahania podejmuje się najcięższej, bo w szpitalach prowincjonalnych, pracy zawodowej, aby zdobyć środki do bogacenia swej wiedzy w odpowiednich środowiskach w Warszawie i zagranicą. Że właśnie tak było, najwymowniej dowodzi okoliczność, że ś. p. Trzciński tak wcześnie, gdyż już w 30 roku życia, zdobył na konkursie stanowisko ordynatora. Bo nie było to łatwą sprawą wówczas, gdyż, nie mówiąc już o wiele cięższych, w porównaniu z dzisiejszemi, ogólnych warunkach kształcenia się lekarzy, sądy konkursowe były prowadzone przez takich Rosjan, jak profesorowie Lambl, Walter, czy Trautvetter, a przy współudziale ludzi tej miary, co Klink, Dunin, Pawiński, Matlakowski, Watraszewski, którzy, znów dla innych zgoła celów, przykładać jednak musieli zwykle wysoką i surową miarę do tej, od niedawna wtedy wprowadzonej u nas, instytucji. To też dla tych łatwych do zrozumienia w ówczesnych warunkach naszego życia, ideowych względów, te konkursowe sądy były prawdziwym czyśćcem, najeżonym niebyle jakiemi trudnościami.

Drukiem ogłosił ś. p. Trzciński następujące prace:

a) O leczeniu przymiotu zapomocą głębokich wstrzykiwań podskórnych żółtego tlenku rtęci. Warszawa, 1887.

b) Kilka słów o leczeniu rzeżączki. Warszawa, 1892.

c) W sprawie salwarsano-terapji. Warszawa, 1924

d) Poglądy kosmogeniczne Mickiewicza. Warszawa, 1901.

W życiu naszego Towarzystwa ś. p. Trzciński brał żywy i wybitny udział, zarówno w roli prelegenta, jak i uczestnika dyskusyj nad sprawami tyczącemi się zagadnień pierwszorzędnego znaczenia. Dziś może się to wydać przesadą, ale w swoim czasie były to zagadnienia, poruszające największe umysły w świecie lekarskim, jako będące wyrazem wielkiego postępu, a u nas, tu, bywały przedmiotem wszechstronnych i głębokich rozważań, utrzymanych zawsze na wysokim poziomie naukowym.

W tych warunkach mógł ś. p. Trzciński zabłysnąć niepospolitemi cechami swego umysłu. Był bowiem Zmarły, obok dużej wiedzy lekarskiej, obok niezwykłej znajomości ludzi i życia, obdarzony wrodzonym, wielkim talentem krasomówczym, a wprost urodzonym był prelegentem. Z łatwością ujmował w każdem swem przemówieniu jądro rzeczy i z nieubłaganą logiką, a bez rozpraszania uwagi słuchaczy na drugorzędne szczegóły, prowadził go jasną drogą do zwięzle sformułowanych wniosków. Jeżeli przypomnę dziś, że ś. p. Trzciński był znawcą filozofji starożytnej, a przedewszystkiem wielbicielem Demokryta i Arystotelesa, jeżeli przypomnę, że był Polakiem żywiołowo, wprost namiętnie miłującym przeszłość naszą, zarówno jak i ten wielki skarb, jakim jest nasza mowa, to jasnem się staje, dlaczego panował zawsze nad słuchaczami, dlaczego zawsze budził w nich podnioślejsze uczucia i myśli.

Przez skon ś. p. Tadeusza Trzcińskiego opuścił nas ze wszech miar wybitny lekarz warszawski; szczerze oddany wiedzy zawodowej, gorąco miłujący Polskę, strzegł pięknie i zacnie godności naszego stanu. Uczcijmy pamięć Jego przez powstanie.

3) Prezes odczytuje wykaz prac nadesłanych do Bibljoteki Towarzystwa.

4) Prezes odczytuje: a) zaproszenie na nadzwyczajne posiedzenie Rady Instytutu Radowego im. M. Skłodowskiej-Curie. Delegowano prof. A. Leśniowskiego;

b) zawiadomienie o Zjeździe Anatomicznym:

c) podziękowanie od p. Profesorowej Sawickiej dla Zarządu, przedstawicieli Uniwersytetu i T-wa Chirurgów Polskich za urządzenie i wzięcie udziału w akademji ku czci ś. p. Prof. Dr. Br. Sawickiego.

Następnie Prezes podaje do wiadomości, iż koledzy Szerszyński i Ambroziewicz zostali mianowani ordynatorami oddziałów chirurgicznych Szpitala Dz. Jezus w Warszawie; kol. Gorecki habilitował się w zakresie chorób wewnętrznych na Wydziale Lekarskim U. W.; kol. P a s z k i e w i c z, wiceprezes T-wa został wybrany Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. W.

5) Kol. A. M a ń k o w s k i wygłosił odczyt p. t. „Zdrojowiska i uzdrowiska Bułgarji" (streszczenie własne).

Prelegent w krótkim referacie o zdrojowiskach i uzdrowiskach Bułgarji, zwraca uwagę członków Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego na ten jeszcze mało znany zakątek Europy, oraz na bliższe stosunki, które mogą być bardzo pożyteczne i dla Bułgarji i dla Polski.

Bułgarja posiada bardzo liczne skarby przyrody w postaci zdrojowisk, uzdrowisk, morskich plaż. — Aby dać pojęcie o rozmiarach tych skarbów, dość powiedzieć, że na przestrzeni wielokrotnie mniejszej niż Polska, — Bułgarja posiada 137 zdrojów. Ich wartość lecznicza już od dawnych czasów znaną jest ludności. Wodę z tych zdrojów stosuje się skutecznie w rozmaitych chorobach. Niektóre zdrojowiska znane były jeszcze Rzymianom za czasów ich panowania na półwyspie Bałkańskim. Zdrojowiska Bułgarji odznaczają się przeważnie tem, że są akratotermami o rozmaitej ciepłocie, od 20—86° C (Saparewski Zdrój); składników mineralnych zawierają te akratotermy mało, ale często są radjo-aktywne.

Drugą charakterystyczną cechą zdrojowisk Bułgarji jest to, że woda źródeł wydobyła się na powierzchnię ziemi sama przez się, a nie przy pomocy wiercenia. Aczkolwiek wodę zdrojową używa się przeważnie do kąpieli, — jednakże w całym szeregu zdrojowisk wodę tę piją, jak naprzykład w Bańkoch, Górnej Bani, Kniażewie, Kjustendillu, Hisarji i innych. Wyjątkowo do picia stosowano wodę ze źródła Miriczleri, która pod względem składników chemicznych podobna była do wody karlsbadzkiej. Wodę tę eksportowano ze zdrojowiska po całej Bułgarji. Obecnie, po trzęsieniu ziemi, źródło to znikło, natomiast podobne źródło zjawiło się w innej okolicy. — Naród bułgarski bardzo jest przyzwyczajony do używania kąpieli w rozmaitych zdrojowiskach i często korzysta z nich, nawet bez kontroli lekarskiej. — Co do lekarzy, — to wskutek braku ściśle przeprowadzonych obserwacyj nad chorymi, oraz braku ścisłych i systematycznych rozbiorów samych wód, — lekarze niezbyt silnie ograniczają warunki korzystania z tej lub innej kąpieli; jednakże dla niektórych zdrojów wieloletnia praktyka, oraz przeprowadzone badania chemiczne i fizyczne ustaliły mniej lub więcej ścisłe wskazania. Bułgarja posiada szereg plaż morskich, przedewszystkiem Warnę, Burgas i Anchiolo z Mesenwrją. Największem powodzeniem cieszy się Warna, która, poza malowniczem położeniem, dobrze urządzonemi łazienkami, płytką i piaszczystą plażą, ładnym parkiem nad nią — jest jeszcze otoczona wieńcem ogrodów winogronowych, co umożliwia gościom Warny w sierpniu i wrześniu, korzystanie z kuracji winogronowej. — W Bułgarji niema specjalnych uzdrowisk, jeżeli pominiemy dwa specjalne sanatorja dla chorych gruźliczych — w Trojanie i Iskrecie. Są to sanatorja państwowe, z których korzystają przeważnie urzędnicy państwowi. Natomiast wszędzie w Bułgarji można spotkać miejscowości nadające się do wypoczynku. Całe wybrzeże Dunaju: Widin, Łom Polanka, Somowit, Ruszczuk — w północnej Bułgarji; w środkowej Bułgarji: Szypka, Tren, Jamboł, Sofja i jej okolice; w południowej Bułgarji: Czam Korja, Jundoł, Rylski Klasztor i jego okolice — są to malownicze miejscowości, gdzie za tanie pieniądze można mieć mieszkanie i utrzymanie przez cały letni sezon, korzystając z czystego powietrza, rzecznych, albo zdrojowych kąpieli, odżywiając się znakomitym bułgarskim jogurtem, różnemi jarzynami i owocami, które tu są bardzo tanie.

Jedyne zastrzeżenie czyni prelegent co do komfortu. Rzadko w Bułgarji można znaleść zdrojowisko zadość czyniące wymaganiom co do europejskiego komfortu. — W zamian za to turysta spotka piękne krajobrazy, uprzejmą i gościnną ludność, zdrowe i tanie utrzymanie i pożywienie, a przedewszystkiem nie będzie ofiarą chciwego zdzierstwa, na które często skarżą się rodacy, zwiedzający obce, a nawet i ojczyste uzdrowiska.

Kilka, przedstawionych przez prelegenta, obrazów uzupełniło krótki opis szeregu ważniejszych zdrojowisk i uzdrowisk Bułgarji.

6) Kol. Wł. F i l i ń s k i zdał „Sprawozdanie z podróży do uzdrowisk i zdrojowisk zagranicznych. Część III. Austrja i Słowacja" (dokończenie) (streczczenie własne).

Prelegent zdaje sprawozdanie z ośrodków leczniczych w Badenie pod Wiedniem i w Trenczynie.

7) Kol. B. S a b a t zdał „Sprawozdanie z V. Zjazdu Międzynarodowego fizjoterapji w Leodjum". (Streszczenie własne).

V-ty Międzynarodowy Zjazd Fizjoterapji, który odbył się w Liège w dniach od 14 do 18 września 1930 r., zgromadził około 700 uczestników z 34 państw Europy i Ameryki. Polską delegację reprezentowali oficjalnie: Minister Bertoni, jako przedstawiciel Rządu Polskiego, dr. B. Sabat (Warszawa), jako przewodniczący delegacji polskiej i dr. Raszeja (Poznań), jako sekretarz Komitetu Polskiego. Na uroczystem posiedzeniu otwarcia Zjazdu wśród mów powitalnych delegatów zagranicznych w imieniu Polski przemawiał dr. Bronisław Sabat, który w mowie swej podniósł momenty historyczne, łączące Belgję z Polską, zwłaszcza w r. 1830, w którym oba narody podjęły walkę orężną o swoją niepodległość, a także podkreślił zasługi lekarzy belgijskich około organizacji międzynarodowej w dziedzinie fizjoterapji. Liczne referaty i komunikaty, wygłoszone na zjeździe, wskazują na wielką różnorodność tematów, jakiemi zajmuje się nowoczesna fizjoterapja i na rozległość jej zakresu. Wykłady te odbyły się na 3-ch zebraniach ogólnych i na 19-tu posiedzeniach sekcyjnych. Na jednem z posiedzeń ogólnych przewodniczył prezes delegacji polskiej, na jednem z posiedzeń sekcyjnych sekretarz delegacji polskiej. Obrady sekcyjne były ujęte w 5 samodzielnych grup, a mianowicie: 1) sekcję kinezjoterapji i wychowania fizycznego, 2) sekcję hydrologji i klimatologji, 3) sekcję elektrologji, 4) sekcję aktynologji. Z Polaków wygłosili odczyty: 1) Zboromirski (Warszawa): „Energja promienna, a czynniki podstawowe zjawisk życiowych (polimeryzacja i izomeryzacja)"; 2) Bruner (Warszawa): „O niektórych modyfikacjach technicznych przyrządu Finsen'a"; 3) Bruner (Warszawa): „O wskazaniach do finsenoterapji poza gruźlicą skóry"; 4) Raszeja (Poznań): „O jontoforezie (technika i wskazania)". Na posiedzeniach ogólnych wygłoszono referaty główne na następujące tematy: 1) „O wskazaniach i wynikach terapji fizykalnej w schorzeniach układu nerwowego" (ref. Delherm i Morel Kahn z Paryża); 2) „O jednoimiennie jonizowanem powietrzu" (ref. Strassburger, Dessauer i Happel z Frankfurtu); 3) „O terapji fizykalnej schorzeń reumatycznych" (ref. Van Breemen z Amsterdamu i Gunzburg z Brukseli). Jedno z posiedzeń ogólnych było poświęcone całkowicie sprawie nauczania fizjoterapji. Referenci główni: Gunzburg, prof. fizjoterapji uniw. w Brukseli i prof. Groeber z Jeny, przedstawili wyniki ankiety międzynarodowej, przeprowadzonej w sprawie nauczania fizjoterapji w uniwersytetach, stwierdzając, że nauczanie to naogół jest niedostateczne. Na podstawie wywodów referentów Zjazd uchwalił następujące rezolucje, które postanowił rozesłać do rządów wszystkich państw cywilizowanych, do uniwersytetów i do korporacyj lekarskich poszczególnych narodów: 1) Fizjoterapja zajmuje w całokształcie

nauk lekarskich miejsce równorzędne obok farmakologji i chirurgji; nauczanie jej, jako takiej, ma odbywać się teoretycznie i praktycznie drogą wykładów i ćwiczeń praktycznych; 2) Fizjoterapja jest obowiązkowym przedmiotem nauki przynajmniej przez 2 semestry kliniczne, jak również przedmiotem obowiązującego egzaminu samoistnego; 3) Nauka fizjoterapji powinna być wykładana przez osobnych profesorów, którzy powinni mieć osobiste i materjalne warunki, umożliwiające należyte nauczanie i mogą samodzielnie rozporządzać potrzebnym materjałem chorych; 4) Cele powyższe najpewniej dadzą się osiągnąć przez stworzenie osobnych, uniwersyteckich instytutów fizjoterapeutycznych, które mogą być zorganizowane jako kliniki lub polikliniki. W każdym razie instytuty te powinny być dostępne dla chorych innych klinik, jak również dla chorych, skierowanych przez lekarzy praktykujących; 5) Instytuty powyższe powinny być zaopatrzone we wszystkie urządzenia, potrzebne do badań naukowych w dziedzinie fizjoterapji. Na zebraniu delegatów poszczególnych państw nastąpiło przekształcenie Stałego Komitetu dla Kongresów Fizjoterapji na Towarzystwo Międzynarodowe Fizjoterapji z siedzibą w Belgji. Najważniejsze cele Towarzystwa ujęto w następujące punkty: 1) organizacja propagandy metod fizjoterapeutycznych; 2) popieranie badań naukowych w zakresie fizjoterapji; 3) przeprowadzenia ankiet międzynarodowych; 4) propaganda nauczania fizjoterapji w uniwersytetach i poza uniwersytetami; 5) organizacja kongresów regularnych fizjoterapji; 6) walka z partactwem i znachorstwem; 7) nawiązanie łączności międzynarodowej między rozmaitemi zrzeszeniami i organizacjami lekarskiemi. Postanowiono, by kongresy międzynarodowe fizjoterapji odbywały się co 3 lata. Do Zarządu Towarzystwa zostali wybrani: jako prezes prof. Dr. Gunzburg (Belgja), jako wiceprezesi: prof. Dr. Carnot (Francja), Dr. Mac Fee (St. Zjedn. Ameryki Półn.), prof. Dr. Groeber (Niemcy), jako sekretarz, Dr. Carlos Heuser (Argentyna), Dr. Sabat (Polska), Dr. Dubois-Trepagne (Belgja) i jako skarbnik Dr. De Keyser. W ostatnim dniu Zjazdu uczestnicy jego odbyli wycieczkę do Spa. Prelegent dzieli się wrażeniami i spostrzeżeniami z tego zdrojowiska. Wreszcie prelegent omawia stronę towarzyską Zjazdu, która dzięki wszechstronnym staraniom i gościnności uprzejmych gospodarzy belgijskich była zorganizowana bardzo dobrze.

W dyskusji kol. Orłowski podkreśla znaczenie dla polskiego świata lekarskiego wyboru Polaka na wiceprezesa T-wa Międzynarodowego Fizjoterapji. Uważa za konieczną organizację Polskiego T-wa fizjoterapji i ofiarowuje pomoc T-wa Lekarskiego w tej pracy.

Zast. Sekret. Doroczn.: *Karol Chodkowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Z kraju.

Uczczenie zasług Prof. Dr. K. Karaffy-Korbutta. Grono uczniów, kolegów i wielbicieli pracy naukowej prof. dr. Kazimierza Karaffy-Korbutta, dyrektora zakładu higjeny Uniwersytetu Stefana Batorego postanowiło uczcić jego zasługi przez wydanie wspólnego zbioru prac na 25-lecie jego działalności naukowej. Prace te wyszły, jako osobny podwójny (15 i 16-ty) o 124 stronach druku, zeszyt „Medycyny" warszawskiej, ozdobiony portretem jubilata.

Odsłonięcie popiersia śp. dra K. Dłuskiego. Jak się dowiadujemy, do Komitetu organizacyjnego IV Ogólnopolskiego zjazdu przeciwgruźliczego w Zakopanem, zwróciła się drowa Bronisława Dłuska z prośbą, by w ramach zjazdu odbyło się uroczyste odsłonięcie popiersia ś. p. dra Kazimierza Dłuskiego w Sanatorjum wojskowem w Kościeliskach. — Komitet uchwalił to uczynić w dniu 22 b. m. tj. w trzeciem dniu zjazdu o godzinie wpół do piątej po południu. W czasie zjazdu odbędzie się również poświęcenie i otwarcie Ośrodka zdrowia gminy i uzdrowiska Zakopane w budynku kasy chorych, z równoczesnem poświęceniem nowowybudowanego gmachu kasy chorych.

Sanatorjum dla chorych piersiowych w Rudce (st. Mrozy, woj. Warszawskie) obniżyło od sierpnia r. b. opłaty od chorych przeciętnie o 1 zł., powiększając jednocześnie ilość miejsc tańszych. Taka obniżka opłat stała się możliwą m. i. dzięki znacznie większej frekwencji chorych niż przewidywał budżet i spowodowanej tem zniżki kosztów generalnych. Chorzy Sanatorjum korzystają nadal z nader troskliwej opieki lekarskiej (5 lekarzy specjalistów na miejscu), i obfitego, indywidualnego odżywiania, nieograniczonego porcjami (5 razy dziennie).

Kasy chorych według nowego podziału terytorjalnego. Według nowego podziału terytorjalnego Kas Chorych w Polsce, największą liczbę ubezpieczonych po dokonaniu scalenia Kas, posiadać będzie Kasa okręgowa w Warszawie, mianowicie 286.500 osób. Na drugiem miejscu pod względem ilości ubezpieczonych znajdzie się Kasa okręgowa w Łodzi — 207.500 ubezpieczonych, na trzeciem miejscu Kasa poznańska — 117.500 osób, na czwartem Kasa w Sosnowcu — 109.300 ubezpieczonych, następnie zaś kolejno Kasy: w Krakowie — 77.000, we Lwowie — 76.000, w Bydgoszczy 58.000, w Częstochowie — 63.500, w Gnieźnie — 49.000, w Tarnobrzegu — 44.500, w Wilnie — 43.500, w Bielsku — 43.000, oraz w Grudziądzu 42.000 ubezpieczonych. W pozostałych Kasach liczba ubezpieczonych wyniesie mniej niż 40.000 osób. Najmniejszą liczbę ubezpieczonych, tylko 10.000 osób, posiadać będzie Kasa okręgowa w Kowlu, pozatem cztery Kasy posiadać będą poniżej 15.000 ubezpieczonych, a mianowicie: w Złoczowie — 13.000, w Pułtusku — 14.000, w Brześciu n. B. — 14.500 i w Brodnicy — 15.000 osób. Pod względem ilości Kas scalonych, na pierwszem miejscu znajdzie się Kasa wileńska, która obejmie 9 Kas dotyczących, Kasy w Baranowiczach i w Siedlcach obejmą po 7 Kas, zaś Kasy okręgowe w Warszawie, Tarnopolu, Pułtusku, Ostrowie i Kaliszu obejmą po 6 kas dotychczasowych. Trzy Kasy okręgowe, a mianowicie w Krakowie, Bielsku i w Gdyni obejmą tylko po dwie scalone Kasy.

Wybory do Izb Lekarskich.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej podaje do publicznej wiadomości swych członków, że wyznaczył dzień wyborów do Rady Izby IV kadencji (1932—34 r.) na 22 listopada 1931 r.

Zarząd Izby Lekarskiej Lubelskiej wyznaczył dzień wyborów do Rady Izby IV kadencji na 21 listopada 1931 roku. Gdyby z jakichkolwiek powodów wybory w dniu oznaczonym nie odbyły się lub też przez Naczelną Izbę Lekarską uznane zostały za nieważne, drugi i ostateczny termin wyborów do Rady Izby Lekarskiej oznacza się na 20 grudnia 1931 r.

Zarząd Izby Lekarskiej Krakowskiej wyznacza dzień wyborów do Rady Izby IV kadencji na 19 grudnia 1931 r.

Zarząd Izby Lekarskiej Łódzkiej wyznacza dzień wyborów do Rady Izby IV kadencji na 13 grudnia 1931 r.

Zarząd Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej wyznacza dzień wyborów do Rady Izby IV kadencji na 5 grudnia 1931 r.

Zarząd Izby Lekarskiej Lwowskiej ogłasza dzień wyborów do Rady Izby trzechlecia 1932—34 na 6 grudnia 1931 r.

O dniu wyborów do Rady Izby Wileńsko-Nowogrodzkiej brak dotąd wiadomości.

Zawiadomienia o terminach wyborów powyższych zostały podane przez odnośne Zarządy Izb ex officio w numerach 8—9 Dziennika Urzędowego Izb Lekarskich. Tamże zostały podane listy członków, uprawnionych do głosowania w danej Izbie z zastrzeżeniem, że zażalenia członków Izb przeciw nieumieszczeniu lub umieszczeniu nieuprawnionych do głosowania wnosić należy w ciągu dni 10 od daty ogłoszenia listy w Dzienniku Urzędowym.

Wolne posady.

Potrzebny lekarz doświadczony do Śniadowa, Woj. Białostockie. Porozumieć się z apteką.

Do oddania szpital wiejski, w zarząd lub eksploatację. Obecnie łóżek 20 — może być więcej. Ambulatorjum. Bliższe szczegóły i warunki do omówienia.

Hr. Wanda Żółtowska. — Milanów, p. Parczew. — Woj. Lubelskie.

Lekarz z 10-letnią praktyką zmieni — odstąpi dobrą placówkę od zaraz.

Dr. Heine Rudolf Ksawery. — Żuromin, Woj. Warszawskie.

Ze świata.

Epidemja paraliżu dziecięcego w N. Jorku. Urząd zdrowia w N. Jorku opóźnił otwarcie publicznych szkół nowojorskich, skutkiem panującej wśród dzieci w wieku szkolnym epidemji paraliżu dziecięcego.

Redakcja otrzymała:

H. Sochański. Stosunek tarczycy do zaburzeń wkrewnych gruczołów rozrodczych z punktu widzenia medycyny wewnętrznej. Odb. z Polskiego Archiwum medycyny wewnętrznej, tom IX, zeszyt 2 r. 1931.